

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE ESTADO-MAIOR CONJUNTO**

2015/2016



TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL

**ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS FORÇAS
ARMADAS (ADM) – QUE FUTURO?**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL
REPÚBLICANA.**

Margarida Maria Rodrigues dos Santos

MAJ ADMIL



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS**

**ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS
FORÇAS ARMADAS (ADM) – QUE FUTURO?**

MAJ ADMIL Margarida Maria Rodrigues dos Santos

Trabalho de Investigação Individual do CEMC 2015/2016

Pedrouços 2016



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

ASSISTÊNCIA NA DOENÇA AOS MILITARES DAS
FORÇAS ARMADAS (ADM) – QUE FUTURO?

MAJ ADMIL Margarida Maria Rodrigues dos Santos

Trabalho de Investigação Individual do CEMC 2015/2016

Orientador: MAJ ADMIL

José Augusto de Sousa Silveira

Pedrouços 2016



Declaração de compromisso Anti Plágio

Eu, Margarida Maria Rodrigues dos Santos, declaro por minha honra que o documento intitulado Assistência na Doença aos Militares (ADM) – que futuro?, corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditora do Curso de Estado Maior Conjunto 2015/2016 no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética, moral, legal e disciplinar.

Pedrouços, 14 de junho de 2016

Margarida Maria Rodrigues dos Santos
Major AdMil



Agradecimentos

A conclusão deste trabalho representa o finalizar de uma etapa que deixará marcas na minha vida, enquanto militar e enquanto ser humano, por isso, quero expressar a minha imensa gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua concretização.

Ao meu orientador, Sr. Major, AdMil, José Augusto de Sousa Silveira pelas orientações, oportunas, dadas ao longo da elaboração deste trabalho de investigação, bem como a sua inexcedível disponibilidade e preocupação.

Aos interlocutores entrevistados, em especial ao Exmo. Sr. Tenente General, Rui Manuel Xavier Fernandes Matias, atual Diretor do IASFA, I.P e ao Sr. Coronel António José Pires Mendes, atual Diretor da ADM, pela disponibilidade e partilha de conhecimento, que muito contribui para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Sr. Coronel, AdMil, Luís Manuel Faria de Paula pelo importante, e desinteressado, apoio que deu na análise dos dados e na revisão final deste trabalho.

Aos militares que se disponibilizaram a responder ao inquérito, pois sem o seu contributo esta investigação não seria possível.

Uma palavra de apreço a todos os meus camaradas de curso, em especial aos do Exército, pelo estímulo constante durante a frequência deste curso e ao desenvolvimento deste trabalho, pela incomensurável paciência e palavras de incentivo nos momentos em que a dificuldade e os contratempos ganhavam terreno...

As últimas palavras de agradecimento dirijo à minha família, que sempre me incentivou a lutar por aquilo que acredito...o seu apoio foi basilar.

Bem hajam por todo o apoio, carinho e inspiração que me deram ao longo destes meses!

Obrigada a todos por tudo!



Índice

Introdução	1
1. Enquadramento Metodológico, Teórico e Concetual	6
1.1. Enquadramento metodológico	6
1.2. Enquadramento legal e conceptual da ADM	8
1.3. Gestão da ADM	9
1.4. Síntese Conclusiva	10
2. Sustentabilidade da ADM	12
2.1. Encargos da ADM	12
2.1.1. Caraterização das despesas e sua faturação	12
2.1.2. Relações da ADM com o SNS e os SRS	15
2.1.3. Despesas Processadas (2010 – 2015)	16
2.2. Financiamento da ADM	20
2.2.1. Beneficiários da ADM	20
2.2.2. Fontes de Financiamento da ADM	23
2.3. Análise de Sustentabilidade	26
2.4. Síntese Conclusiva	30
3. ADM e a Condição Militar	32
3.1. A Condição Militar	32
3.2. O regime optativo e impacto na sustentabilidade da ADM	35
3.3. A ADM e a Condição Militar: perceção dos militares	38
3.4. Síntese Conclusiva	41
Conclusões	43
Bibliografia	50

Índice de Apêndices

Apêndice A — Modelo de Análise	Apd A - 1
Apêndice B — Corpo de Conceitos	Apd B - 1
Apêndice C — Síntese das Entrevistas	Apd C - 4
Apêndice D — Questionário	Apd D - 1
Apêndice E — Caraterização da Amostra para os inquéritos	Apd E - 1



Apêndice F —	Análise de conteúdo aos questionários.....	Apd F - 1
Apêndice G —	Especificidades da ADM.....	Apd G - 1

Índice de Apensos

Apenso A —	Autorização da Entidade em Estudo	Aps A - 1
------------	---	-----------

Índice de Figuras

Figura 1 – Despesa Processada (€) - (2010 -2015).....	17
Figura 2 – Natureza das Despesas Processadas	18
Figura 3 – Beneficiários da ADM (2010 -2015)	22
Figura 4 – Receitas Arrecadadas (€) - (2010 -2015)	24
Figura 5 – Natureza das Receitas Arrecadadas (2010 -2015)	25
Figura 6 – O regime optativo.....	36
Figura 7 – Valor a descontar para um seguro de saúde	38
Figura 8 – A Condição Militar e o autofinanciamento da ADM.....	41

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Despesas processadas (€) - (2010 – 2015).....	16
Tabela 2 – Evolução dos Beneficiários (2010 – 2015).....	21
Tabela 3 – Beneficiários ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro	21
Tabela 4 – Beneficiários que contribuem para a ADM (31 de dezembro de 2015)	23
Tabela 5 – Receita Arrecadada (€) - (2010 – 2015)	23
Tabela 6 – Receita Arrecadada e Despesa Processada (€) - (2010 – 2015)	26
Tabela 7 – Encargos (€) faturados pelo LMPQF que constituem encargo do SNS	28
Tabela 8 – Encargos da ADM relativos ao SNS	28
Tabela 9 – Encargos (€) da ADM relativos aos SRS	29
Tabela 10 – Regime Optativo.....	36
Tabela 11 – O Regime Optativo face à situação e classe do militar	37
Tabela 12 – Desconto Mensal face às contrapartidas.....	37
Tabela 13 – ADM ou Seguro de Saúde/Plano Similar	38
Tabela 14 – Concordância com o autofinanciamento da ADM	39
Tabela 15 – Concordância com o autofinanciamento da ADM II.....	39
Tabela 16 – Concordância com o autofinanciamento da ADM II.....	40
Tabela 17 – O autofinanciamento da ADM e a Condição Militar.....	40



Tabela 18 – Modelo de análise	Apd A - 1
Tabela 19 – Corpo de Conceitos.....	Apd B - 1
Tabela 20 – Excertos das entrevistas	Apd C - 4
Tabela 21 – Funções desempenhadas pelos interlocutores entrevistados	Apd E - 1
Tabela 22 – Análise de conteúdo aos questionários: implicações.....	Apd F - 1
Tabela 23 – Análise de conteúdo aos questionários: Conclusões	Apd F - 3
Tabela 24 – Evolução dos Beneficiários (2010 - 2015)	Apd G - 4



Resumo

Este trabalho tem por objetivo analisar a sustentabilidade da Assistência na Doença aos Militares (ADM), enquanto sistema autofinanciável.

O autofinanciamento da ADM, com recurso exclusivo aos descontos efetuados pelos beneficiários, está, aparentemente em contradição com as disposições legais associadas à condição militar e isenta o Estado das suas obrigações.

Esta é uma temática atual, cuja análise justifica um tratamento específico e singular, em consonância com as particularidades da condição militar, devendo, por isso, ser ponderados os diversos fatores condicionantes.

Assim, partindo das despesas processadas pela ADM face às fontes de financiamento existentes, tentamos responder à questão central formulada - “Em que medida a ADM é sustentável e autofinanciável, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários?”. Analisamos também se o regime optativo coloca em causa a sustentabilidade da ADM e em que medida esta decisão é condicionada pela perceção de que as disposições legais, relativas à condição militar, estão ou não a ser cumpridas.

Concluimos que a ADM não é um sistema autofinanciável com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários, pelo menos por agora, pois suporta despesas que não são sua responsabilidade. Verificamos também que a maioria dos inquiridos, em caso de regime optativo, optaria por não descontar para a ADM, considerando o desconto elevado.

Palavras-chave

ADM, ADSE, Autofinanciamento, Regime Optativo, Condição Militar



Abstract

The Self-financing of the assistance in disease to Military (ADM) , with exclusive resource at the beneficiaries discounts , is disassociated from the military condition and relieves the State of its obligations.

This is a current topic, whose analysis justifies specific and unique treatment in consonance with the characteristics of the military condition and should therefore be considered the various conditioning factors.

This work aims to analyze the ADM sustainability, while a self-financing system.

Thus, based on the expenses processed by ADM, as compared with existing funding sources, we try to answer the central question formulated - "To what extent ADM is sustainable and self-financing, with exclusive resource at the discounts of beneficiaries?". We also analysed if the optional regime puts into question the sustainability of ADM and to what extent this decision is conditioned by the perception that the legal provisions relating to the military condition, are being met or not.

We conclude that ADM is not a self-financing system, with exclusive resource at the discounts of beneficiaries, at least for now and that supports expenses that are not their responsibility. We also verified that the majority of the inquired, would choose not discount for ADM, if optional regime is available, and considers the discount high.

Keywords

ADM; ADSE; Self-financing, Optative Regime; Military Condition



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

A

ADM	Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas
ADMA	Assistência na Doença aos Militares da Armada
ADME	Assistência na Doença aos Militares do Exército
ADMFA	Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
AVCFN	Atividades de Vida Corrente e Funcionamento Normal

C

CAS	Centros de Apoio Social
CEMC	Curso de Estado Maior Conjunto
CEME	Chefe de Estado Maior do Exército
CEMGFA	Chefe de Estado Maior General das Forças Armadas
CESD	Cartão Europeu de Seguro de Doença
CGSPS	Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde
CRD	Cuidados Respiratórios Domiciliários
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSC	Centro de Saúde de Coimbra

D

DFA	Deficiente das Forças Armadas
DSADM	Direção de Serviços de Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

E

EMFAR	Estatuto dos Militares das Forças Armadas
-------	---

F

FF	Fonte de Financiamento
FFAA	Forças Armadas

G

GPGFO	Gabinete de Planeamento, Gestão Financeira e Orçamento
-------	--

H

HFAR	Hospital das Forças Armadas
------	-----------------------------



I

IASFA	Instituto de Acção Social das Forças Armadas
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
I.P.	Instituto Público

L

LBGECM	Lei de Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar
LMPQF	Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos
LOE	Lei do Orçamento de Estado

M

M€	Milhões de euros
MCDT	Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica
MDN	Ministro da Defesa Nacional
MF	Ministro das Finanças

N

NS/NR	Não Sabe/Não Responde
-------	-----------------------

O

OE	Objetivo Específico
OG	Objetivo Geral

P

PPI	Pensionista de Pensão de Invalidez
-----	------------------------------------

Q

QC	Questão Central
QD	Questão Derivada
QP	Quadro Permanente

R

RA	Relatório de Atividades
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RB	Remuneração Base
RC	Regime de Contrato



RCM	Resolução do Conselho de Ministros
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados
S	
SAD/GNR	Subsistema de Assistência na Doença da Guarda Nacional Republicana
SAD/PSP	Subsistema de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública
SCM	Subsídio de Condição Militar
SGMDN	Secretaria - Geral do Ministério da Defesa Nacional
SRS	Serviços Regionais de Saúde
SSP	Subsistemas de Saúde Públicos
T	
TdC	Tribunal de Contas



Introdução

“A saúde depende mais das precauções que dos médicos”.

(Jacques Bénigne Bossuet)

É um dever do militar “estar sempre pronto a defender a Pátria, mesmo com sacrifício da própria vida, o que afirma solenemente perante a Bandeira Nacional, em cerimónia pública” (Conselho de Ministros, 2015a, p. 3203). Este dever de prontidão implica estar permanentemente em condições de ser empenhado no cumprimento das missões atribuídas, mas também a manutenção da sua capacidade física e psíquica, sendo, para tal, a responsabilidade partilhada entre o militar e a instituição militar.

É, primariamente, dever do militar zelar para que nada afete a sua saúde, contudo é também uma “obrigação do Estado, através das instituições militares, garantir a saúde dos militares e família, que dele depende, pois o seu estado de saúde física e psicológica, muitas vezes relacionadas, afetam a capacidade operacional do militar” e “quando em missão o militar deve ter a garantia de que a retaguarda presta a si e sua família os serviços necessários, de forma a executar a sua missão, que é combater, com tudo aquilo que o seu espírito consegue fazer” (Santos, 2016).

A saúde, em geral, e a assistência na doença, em particular, são assuntos que pela sua natureza se constituem como preocupações básicas para qualquer cidadão, procurando sempre o melhor para si e para a sua família. Face à especificidade da sua função, é essencial que o militar tenha acesso a um sistema de proteção na saúde e assistência na doença que lhe permita, de modo voluntário ou não, garantir as condições de operacionalidade.

A Constituição da República Portuguesa (CRP) estabelece no seu artigo 64º, que “todos têm direito à proteção da saúde”, tendo para o efeito sido criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Aos trabalhadores, civis, da Administração Pública e seus familiares, o acesso efetivo à proteção social no âmbito dos cuidados de saúde é assegurado através da Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE). Os militares, consequência da natureza própria da condição militar, que os distingue dos demais servidores do Estado, têm a sua proteção na saúde regulada em diplomas próprios, sendo a mesma assegurada através de um subsistema de saúde público (SSP), a Assistência na Doença aos Militares (ADM).

A preocupação do Estado em garantir a assistência na doença aos militares, dos três ramos das Forças Armadas (FFAA), remonta à década de 70, em que pretendia “abranger



todos os estados mórbidos e adaptar-se a quaisquer circunstâncias” (Presidência do Conselho, 1973).

O enquadramento da assistência a prestar aos militares, sempre teve como linha orientadora a condição militar, em que é conferido aos militares e respetiva família militar, especiais direitos, compensações e regalias, entre outros campos na assistência sanitária, devendo os mesmos traduzirem-se em efetivas vantagens comparativamente aos sistemas gerais da Segurança Social (SS) e da ADSE. Este facto é reforçado pelo Decreto-lei n.º 90/2015 de 29 de maio, que aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR), que na alínea c) do artigo 25º estabelece que o militar tem direito “a beneficiar, para si e para a sua família, de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de meios de diagnóstico, nos termos previstos em diploma próprio” (Conselho de Ministros, 2015a).

Tem-se verificado nos últimos anos, fruto de várias decisões políticas, uma degradação da ADM, tendo a assistência, que até 2006 era gratuita, passado a ser, tendencialmente, suportada pelas contribuições dos beneficiários, bem como um decréscimo nas participações efetuadas.

A Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 102/2005 de 24 de junho, veio estabelecer a convergência dos diversos SSP com o regime geral da ADSE. Na consecução desse objetivo, o Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro, que aprova o regime jurídico da ADM, procede à fusão dos três subsistemas de saúde específicos de cada um dos ramos, num único subsistema, a ADM, sujeito a um regime paralelo ao da ADSE. Esta alteração, salvaguardando as especificidades da condição militar, contribuiu de forma decisiva para o objetivo de uniformização dos vários SSP.

Em 2011 o memorando de entendimento assinado pelo Governo Português e os representantes da “Troika¹”, impõe que os SSP devem atingir uma situação de autofinanciamento, tornando-se independentes de transferências do Orçamento do Estado, em 2016. Estabelece que este ajustamento deverá ser atingido aumentando as contribuições dos beneficiários e reduzindo, ou redefinindo, o tipo e abrangência das coberturas fornecidas. As disposições legais em vigor estabelecem a convergência da ADM com a ADSE e sustentam a decisão governamental do autofinanciamento dos SSP. Tal decisão é,

¹ A *Troika* é formada por três entidades distintas: a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, que, em 2011, avaliaram as contas reais de Portugal e definiram as necessidades de financiamento do país e toda a ação de reestruturação económica do país.



aparentemente, contraditória com o legalmente consagrado relativamente à essência da condição militar.

O Professor Pita Barros defende que relativamente à convergência da ADM com a ADSE “há que considerar uma distinção adicional, a diferença entre coberturas e garantias de proteção em caso de doença similares às da ADSE, como por exemplo a familiares e reformados, com as que são específicas, por motivo da natureza da sua atividade” e considera que “este detalhe, que provavelmente é de excessivo detalhe para constar do memorando referido anteriormente, deve fazer parte da solução final que venha a ser adotada” (Barros, 2013a).

A temática do autofinanciamento da ADM tem sido amplamente debatida e analisada por diversas entidades e comissões, de ministérios diversos, como, Ministério da Saúde, Defesa e Finanças, sendo, por vezes, diferentes os ideais defendidos, relativamente ao seu futuro. Atendendo a esta realidade, torna-se pertinente e urgente refletir qual o futuro da ADM e assegurar que as disposições legais da condição militar são respeitadas. A presente investigação procura efetuar essa reflexão e identificar as linhas orientadoras para o futuro da ADM.

O objeto de estudo desta investigação é a ADM, nomeadamente a análise do autofinanciamento do sistema, com recurso exclusivo às contribuições dos beneficiários e suas repercussões na condição militar.

A investigação é delimitada ao período temporal de 2010 – 2015, correspondendo ao período em que foi gradualmente implementado o aumento dos descontos nos SSP, com vista ao seu autofinanciamento, por contrapartida da diminuição de transferências orçamentais. Entendemos não ser vantajoso analisar os anos transatos, uma vez que as contribuições dos beneficiários não tinham expressão significativa no orçamento global da ADM.

O Objetivo Geral (OG) da investigação é analisar a sustentabilidade da ADM, com recurso exclusivo às contribuições/descontos dos beneficiários. Atendendo ao OG em análise e às possíveis variáveis relacionadas com a sustentabilidade da ADM, estabeleceram-se, para avaliação, os seguintes Objetivos Específicos (OE):

- **OE1:** Analisar a natureza das despesas suportadas pela ADM.
- **OE2:** Analisar a capacidade financeira da ADM para suportar todas as despesas.
- **OE3:** Avaliar em que medida o regime optativo coloca em causa o autofinanciamento da ADM.



– **OE4:** Avaliar em que medida as alterações aos diplomas que regulam a ADM afetam a condição militar e influenciam a opção por outro regime.

A presente investigação teve subjacente em todo o processo a seguinte questão central (QC): Em que medida a ADM é sustentável e autofinanciável, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários?.

Desta QC deduziram-se várias questões derivadas (QD), nomeadamente:

- **QD1:** Quais são as despesas suportadas pela ADM?
- **QD2:** Para fazer face às despesas processadas necessita a ADM de transferências orçamentais?
- **QD3:** Coloca o regime optativo em causa o autofinanciamento da ADM?
- **QD4:** Com o autofinanciamento da ADM são os preceitos da condição militar cumpridos?

A metodologia seguida neste trabalho de investigação assentou no método dedutivo e face aos objetivos da investigação, seguiu-se uma estratégia mista. Houve uma abordagem qualitativa complementada com uma abordagem quantitativa, em que por triangulação, se procurou recolher e analisar os dados de modo a obter objetividade no que concerne às variáveis em estudo.

O fenómeno que se pretende explicar, com o presente estudo, a sustentabilidade da ADM, com recurso exclusivo à contribuição dos beneficiários, é um fenómeno contemporâneo e em discussão. Assim, a combinação de abordagens é proposta de modo refletido com o objetivo de aumentar a amplitude e credibilidade das análises.

O desenho de pesquisa aplicado a esta investigação teve como alicerces a fundamentação do estudo de caso, que é apropriado quando se dispõe de poucos dados sobre o acontecimento ou fenómeno considerado, e justifica-se quando o caso representa um teste crucial da teoria existente; uma circunstância rara ou exclusiva e um caso típico ou representativo (Yin, 2005, p. 61).

O presente trabalho encontra-se dividido em introdução, três capítulos e conclusões.

O primeiro capítulo constitui o enquadramento conceptual e teórico, em que se procura realizar o enquadramento normativo e concetual das variáveis em estudo, bem como a descrição do modelo de análise. O segundo capítulo incide sobre a sustentabilidade do subsistema ADM, nomeadamente na análise das despesas processadas pela ADM e suas fontes de financiamento. O terceiro capítulo aborda as implicações na condição militar, consequência do autofinanciamento da ADM, analisando a questão do regime optativo e a



percepção dos beneficiário face à condição militar. Termina com as conclusões da investigação.

Este trabalho pretende ser um importante contributo para a tomada de decisões relativas ao futuro da ADM, revestindo-se por isso de interesse geral para as FFAA e, em particular para o militar, enquanto beneficiário.

Nos últimos anos as entidades governamentais realizaram estudos, relativamente ao futuro da ADSE e SSP, sendo o último estudo formalizado através do Despacho n.º 3177-A/2016, de 29 de fevereiro, de S. Exa. o Ministro da Saúde, que constituiu a Comissão de Reforma da ADSE, com o fim de emitir um parecer até 30JUN16. Há data de entrega deste TII a Comissão apresentou para discussão pública o documento preliminar, solicitando a todos os interessados o envio de contributos, comentários, observações ou críticas que considerem pertinentes face à análise do documento disponibilizado.



1. Enquadramento Metodológico, Teórico e Concetual

Numa altura em que a ADM e o seu futuro se encontram em escrutínio permanente, elaborar uma reflexão sobre esta problemática implica uma compreensão cuidada de todos os conceitos que interagem entre si e do seu enquadramento nas conceções e políticas vigentes. Para tal e para que a análise efetuada tenha maior profundidade, a problemática foi decomposta em dois conceitos a analisar: o autofinanciamento e a condição militar, sendo cada uma analisada nas dimensões em que se divide, conforme o modelo de análise em Apêndice A.

Neste capítulo propomo-nos a efetuar a descrição do modelo de análise, nomeadamente a explicitação dos conceitos estruturantes da investigação e uma breve descrição do percurso metodológico, seguida do enquadramento concetual e legal da ADM.

1.1. Enquadramento metodológico

A presente investigação, conforme referido anteriormente, pretende analisar a sustentabilidade da ADM, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários e avaliar em que medida a aplicação do regime optativo colocaria em causa a sustentabilidade, bem como analisar em que medida esta decisão é condicionada pelos fatores inerentes à condição militar.

Para melhor compreensão do objeto em estudo há necessidade de identificar as dimensões orientadoras da investigação. A variável dependente em análise é a sustentabilidade da ADM, constituindo-se como dimensões de análise as despesas processadas, as fontes de financiamento, o regime optativo e a perceção sobre a condição militar. Assim, para cada um dos anos económicos em análise, partindo das despesas processadas² pela ADM por contrapartida do financiamento no mesmo período, analisou-se a sustentabilidade do sistema. Por outro lado, analisou-se e avaliou-se em que medida os beneficiários optariam por descontar para o subsistema, em caso de opção, e em que medida os militares percecionam que as disposições inerentes à condição militar estão ou não a ser cumpridas.

O caminho percorrido nesta investigação colocou várias possibilidades ao investigador, o que implicou a necessidade de optar por uma determinada metodologia. O percurso metodológico englobou três fases distintas: a fase exploratória, a fase analítica e fase conclusiva.

² Para melhor compreensão do presente trabalho foi criada uma lista de conceitos e definições, em Apêndice B.



A fase exploratória compreendeu uma extensa revisão de literatura e todas as atividades e procedimentos que visaram o conhecimento do estado da arte, a definição da problemática, do modelo teórico de análise, escolha dos métodos e instrumentos de recolha de dados, culminando na apresentação do projeto de investigação. A esta fase, seguiu-se a fase analítica, na qual se deu continuidade à pesquisa documental, em paralelo com a recolha de dados no terreno, seguida da sua organização e análise.

Para a recolha dos dados, considerando a complementaridade de estratégias, na estratégia qualitativa privilegiamos a análise documental (de legislação enquadrante, relatórios de atividades, documentos orçamentais e literatura diversa) e a entrevista semiestruturada³. Para a estratégia quantitativa recorreu-se, essencialmente, ao inquérito por questionário⁴, antecedido de um pré-teste ao CEMC 15/16. Efetuada a recolha de dados, os mesmos foram tratados, no caso dos inquéritos por questionário com o recurso a técnicas de análise estatística, o SPSS e análise de conteúdo para os inquéritos por entrevista.

A última fase, a conclusiva, incluiu a avaliação e discussão dos resultados, apresentação das conclusões e implicações da investigação para o conhecimento, finalizando com a redação do trabalho apresentado.

Tendo em consideração que a unidade em estudo é a ADM, para o uso do questionário, a população acessível era constituída por todos os beneficiários da ADM. Face à dificuldade de aceder à base de dados de beneficiários da ADM, considerou-se como amostra somente os beneficiários titulares (militares), sendo o mesmo distribuído, por correio eletrónico, pelos ramos. No caso da entrevista, a amostra é constituída por interlocutores privilegiados e escolhidos pelo investigador, que pelas funções que ocupam ou ocuparam, se revestem de grande importância para a investigação.

As amostras da investigação são constituídas por um método não probabilístico, ou seja resultam do juízo do investigador (IESM, 2014, p. 66) e a sua caracterização encontra-se no Apêndice E.

Há uma constante preocupação de respeito pelos códigos éticos relacionados com a investigação, quer a nível individual quer a nível institucional, por isso foi solicitado formalmente, inicialmente através do Gabinete do CEMGFA e posteriormente à Direção da entidade em estudo, o acesso a informação e autorização para elaboração de entrevistas,

³ No Apêndice C encontram-se a síntese das entrevistas;

⁴ O questionário aplicado encontra-se no Apêndice D.



conforme Apenso A. Aos indivíduos que constituem a amostra em estudo são salvaguardados todos os direitos, nomeadamente anonimato e sigilo de dados.

1.2. Enquadramento legal e conceptual da ADM

A RCM n.º 102/2005, de 24 de junho, estabeleceu a convergência dos diversos SSP com o regime geral da ADSE. Por seu lado, o Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de Setembro procede à fusão dos três subsistemas de saúde, específicos de cada um dos ramos, a ADME, ADMA e ADMFA, num único subsistema: a ADM, ficando sujeita a um regime paralelo ao da ADSE, e “esta alteração, salvaguardando as especificidades da condição militar, contribui de forma decisiva para o anunciado objetivo de uniformização dos vários sistemas de saúde públicos, ao mesmo tempo que permite uma melhor racionalização dos meios humanos e materiais disponíveis” (Conselho de Ministros, 2005b, p. 5694).

A aprovação do Decreto-lei n.º 167/2005, de 23 de setembro de 2005, revogou todas as disposições anteriores e respetiva legislação que regulavam a ADM⁵.

A regulamentação das disposições do diploma é feita por vários documentos, sendo de realçar, a Portaria n.º 284/2007 de 12 de março, que regulamenta o funcionamento e regime jurídico da ADM, em especial os requisitos associados à inscrição como beneficiário e as condições de comparticipação de despesas e a Portaria n.º 1396/2007 de 25 de outubro, que regula o regime dos acordos para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM, em especial os requisitos para estabelecer acordos e o respetivo clausulado tipo dos acordos. Nos últimos anos a legislação enquadrante da ADM tem sofrido algumas alterações, essencialmente com o objetivo de convergência dos procedimentos aos definidos na ADSE.

Em 2011, resultado dos acordos e obrigações governamentais, através do memorando de entendimento assinado com a *Troika*, houve a imposição de, em 2016, os SSP atingirem uma situação de autofinanciamento, tornando-se independentes de transferências do Orçamento do Estado. Previa-se que tal seria atingido com o aumento das contribuições dos beneficiários e reduzindo, ou pelo menos redefinindo, o tipo e abrangência das coberturas fornecidas.

⁵ Revoga o Decreto-lei n.º 585/73 de 6 de novembro – estende aos militares dos quadros permanentes dos três ramos das FFAA, nas situações de ativo, reserva e de reforma, o direito aos benefícios concedidos por conta do Estado em matéria de assistência sanitária; o Decreto-lei n.º 434-A1/82 de 29 de outubro – torna extensivo, dentro das FFAA, o sistema assistencial do diploma anterior; a Portaria n.º 67/75 de 4 de fevereiro - estabelece a regulamentação a que se refere o artigo 14.º do Decreto-Lei 585/73, de 6 de novembro e todos os diplomas subsequentes que lhe vieram introduzi alterações (Portaria n.º 594/75, de 9 de outubro; Portaria n.º 1119/81, de 31 de dezembro; Portaria n.º 661/82, de 2 de julho; Portaria n.º 883/84, de 4 de dezembro; Despacho n.º 8232/SEDN/2001, de 6 de abril; Portaria n.º 182/2005, de 15 de fevereiro e o Despacho n.º 115/MDN/92, de 20 de outubro).



Em 2013, foi aprovado o Decreto-lei 105/2013 de 30 de julho, visando “introduzir um aumento progressivo dos descontos a efetuar pelos beneficiários titulares para os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde” e “uma redução dos descontos a efetuar pela entidade empregadora e limitar o âmbito de incidência do desconto dos beneficiários titulares à remuneração base” (Conselho de Ministros, 2013b, p. 4487). Os descontos sobem assim de 1,5% para 2,25%, transitoriamente até final do ano, e para 2,5% a partir de janeiro de 2014.

Face à controvérsia gerada, o Governo justificou que esta medida pretendia garantir a “autossustentabilidade dos subsistemas de saúde, através de um reforço das contribuições dos beneficiários titulares, o que reduz o peso destes subsistemas no Orçamento do Estado” (Marques, 2013). Meses antes, em maio de 2013, ao anunciar este aumento das contribuições, o Primeiro-ministro afirmou que a proposta visava “diminuir as transferências que todos os anos provêm do Orçamento do Estado para esses subsistemas e assegurar a sua sustentabilidade, suavizando o esforço ao longo de dois anos”, garantindo que a adesão ao subsistema [ADSE] se mantinha voluntária e para aí caminhava no caso do subsistema militar e policial (Carriço, 2013). Em 2014 os descontos aumentaram para 3,5%, com a publicação da Lei 30/2014 de 19 de maio.

1.3. Gestão da ADM

A gestão da ADM compete ao Instituto de Ação Social das Forças Armadas (IASFA), I.P., conforme artigo 15.º do Decreto-lei n.º 167/2005, na dependência direta de S.Ex^a o Ministro da Defesa Nacional. No âmbito da ADM o IASFA, I.P. “apoia a totalidade dos beneficiários do subsistema de apoio na doença, garantindo participações diretas aos beneficiários quando acedem à medicina privada, pagamento parcial dos atos médicos nas situações convencionadas com prestadores de serviços médicos, pagamentos de medicamentos em situações difíceis” (IASFA, 2014, p. 3).

O Decreto-lei nº 193/2012, de 23 de agosto determina, na alínea b) do n.º 2 do artigo 3.º que é atribuição do IASFA “assegurar a gestão da assistência na doença aos militares das Força Armadas (ADM)”. Em 22 de maio de 2013 é aprovada a Portaria nº 189/2013 que aprova os estatutos do IASFA e cria na sua organização interna a Direção de Serviços de Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (DSADM), à qual compete, conforme artigo 4.º, a gestão da ADM.

Na prossecução do objetivo político da convergência dos SSP, a RCM n.º 5/2015 de 22 de janeiro, determinou a constituição de uma equipa técnica visando o estudo de um



modelo de governação transversal à ADSE, ADM, subsistema de assistência na doença da Guarda Nacional Republicana (SAD/GNR) e subsistema de assistência na doença da Polícia de Segurança Pública (SAD/PSP), com o objetivo de promover e reforçar a articulação entre os subsistemas, aprofundando sinergias e otimizando a gestão dos recursos, nomeadamente no âmbito da contratação de fornecimentos e serviços.

Visando tais objetivos, é aprovado o Decreto-lei n.º 154/2015, de 7 de agosto, onde é criado, na dependência do Ministério da Saúde, o Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (CGSPS), que pretende ser o órgão de coordenação de “um modelo de governação transversal aos subsistemas de saúde públicos que, salvaguardando as especificidades das Forças Armadas, promove a constituição de uma equipa técnica visando o estudo de um modelo de governação transversal aos subsistemas de saúde públicos, aprofundando sinergias e permitindo a otimização da gestão dos recursos, nomeadamente no âmbito da contratação de fornecimentos e serviços” (Ministério da Defesa Nacional, 2015b).

O CGSPS prossegue as suas atribuições em áreas consideradas comuns, como sejam as convenções, os sistemas de informação, a produção de informação estatística e de apoio à decisão e o combate à fraude, tendo em vista a obtenção de ganhos de eficiência e economias de escala (Ministério da Saúde, 2015b).

1.4. Síntese Conclusiva

No presente capítulo efetuou-se o enquadramento metodológico da investigação e o enquadramento legal e concetual da problemática em análise, a ADM.

A ADM surge em 2005, após aprovação da RCM n.º 102/2005, de 24 de junho que estabelece a convergência dos diversos SSP com o regime geral, a ADSE. Na consecução desse objetivo é aprovado o Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de setembro, que procede à fusão dos três subsistemas de saúde específicos de cada um dos ramos na ADM.

Após a assinatura do memorando de entendimento, que estabeleceu medidas restritivas aos SSP, os descontos gradualmente aumentaram até aos atuais 3,5% de desconto. Por outro lado, verificou-se a diminuição das transferências orçamentais, visando o autofinanciamento da ADM, com recurso exclusivo às contribuições dos beneficiários.

A entidade gestora da ADM é o IASFA, contudo a RCM n.º 5/2015 de 22 de janeiro determinou o estudo de um modelo de governação transversal aos SSP, sendo criado, na dependência do Ministério da Saúde, o CGSPS, como órgão de coordenação.

As disposições legais em vigor sustentam a decisão governamental do autofinanciamento dos SSP, através da contribuição exclusiva dos beneficiários e da



diminuição, ou redefinição, das comparticipações devidas pelas suas despesas de saúde. De seguida será efetuada a avaliação da sustentabilidade da ADM, tendo como referência as despesas processadas e o financiamento em cada um dos anos económicos em análise.



2. Sustentabilidade da ADM

Neste capítulo será efetuada uma análise à sustentabilidade da ADM com recurso exclusivo às contribuições dos beneficiários, pretendendo-se responder à QD1 e QD2. A sustentabilidade é considerada somente na ótica financeira (Receitas – Despesas Processadas). Não são considerados os custos operacionais associados à estrutura da ADM (encargos de instalações, vencimentos, entre outros).

Para tal, será efetuada a caracterização e análise de todas as despesas processadas pela ADM, no período temporal de 2010 – 2015, analisado o universo de beneficiários e respetivos descontos para a ADM, inferindo se o sistema é ou não sustentável, com recurso exclusivo às contribuições dos beneficiários.

Para efetuar uma análise da sustentabilidade do subsistema há necessidade de perceber, por um lado, quais os encargos/despesas que a ADM assume, os moldes em que a respetiva faturação é efetuada pelas entidades e, por outro, qual o financiamento que o subsistema tem para suportar os encargos.

2.1. Encargos da ADM

2.1.1. Caracterização das despesas e sua faturação

O artigo 8.º do Decreto-lei n.º 167/2005 dispõe que o objeto e modalidades de assistência na doença aos beneficiários da ADM, bem como os termos da sua prestação e do seu pagamento, são os previstos no regime da ADSE, com as necessárias adaptações, conforme consta na última redação do Decreto-lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro no seu artigo 21.º e seguintes.

Os encargos assumidos pela ADM, conforme Relatórios de Atividades (RA) (2010 - 2015), dividem-se nas seguintes categorias:

- Regime Livre ou Comparticipações Diretas;
- Regime Convencionado ou Entidades Convencionadas;
- Medicamentos/Farmácias;
- SNS e Segurança Social (SS);
- Instituições Militares;
- Centros de Apoio Social (CAS).

Os dois primeiros regimes, livre e convencionado, salvaguardam o direito de escolha dos beneficiários, não tendo a ADM qualquer interferência na afetação da procura aos prestadores. O acesso a cuidados de saúde no âmbito destes regimes implica o cofinanciamento do beneficiário, através do preço fixado, no regime convencionado e na



parte da despesa que não é reembolsada, no regime livre. Dos militares inquiridos, quando usufruem da ADM, cerca de 65% prefere o regime convencionado, 19% o regime livre e por fim o Hospital das Forças Armadas (HFAR).

Relativamente ao regime convencionado, o Decreto-lei n.º 167/2005 dispõe no seu artigo 11.º, n.º 1 que o MDN pode celebrar ou autorizar o órgão diretivo da entidade gestora a celebrar acordos que tenham por objeto a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários (regime convencionado). No Despacho n.º 21059/2008 de 12 de agosto, o MDN autoriza “o conselho de direcção do Instituto de Acção Social das Forças Armadas (IASFA), enquanto entidade gestora da ADM, a celebrar os acordos aí previstos”. As cláusulas tipo são fixadas por portaria conjunta do MDN e do MF.

O diploma, relativamente ao regime livre, dispõe no seu artigo 12.º, n.º 3 e n.º 4 que a comparticipação concedida aos beneficiários, assistência medicamentosa e na aquisição de meios de correção e compensação é a que resultar da aplicação das regras e tabelas definidas para a comparticipação correspondente na ADSE.

Desde 2010, na sequência do memorando de entendimento subscrito pelos Ministérios da Saúde, da Defesa, da Administração Interna e das Finanças, as entidades prestadoras do SNS deixam de emitir faturação pela prestação de cuidados de saúde a beneficiários de SSP. O Orçamento do Estado passa a financiar diretamente SNS. Em consequência, a LOE11 estabeleceu que as farmácias só faturam aos SSP as comparticipações dos medicamentos dispensados a beneficiários quando prescritos por médicos no exercício de atividades privadas e fora do âmbito do SNS, tendo sido emitida, para todas as farmácias, a circular informativa n.º 21/2010, continuando encargo do subsistema os custos associados às regiões autónomas.

O LMPQF tem pontos de venda que designam de farmácia, mas que não são reconhecidos pelo INFARMED⁶, sendo a faturação relativa à comparticipação de medicamentos enviada para a ADM e não para o SNS, conforme acontece com todas as restantes farmácias. Por isso, há a necessidade de definirem procedimentos para evitar onerar o orçamento da ADM e consequentemente todos os seus beneficiários.

⁶ O LMPQF está a efetuar diligências no sentido de que o INFARMED reconheça os pontos de venda como farmácias. Aquando da entrega deste trabalho não estavam ainda reconhecidos como tal.



A faturação das instituições militares⁷ à ADM é um assunto complexo, havendo disparidade nos valores apresentados e nos valores processados pela ADM. Com a criação do HFAR, por fusão de todos os Hospitais Militares, o consenso relativamente aos créditos sobre a ADM foi difícil de conseguir-. De forma a clarificar a questão, o Decreto-lei n.º 36/2015, de 9 de março, estabeleceu no seu artigo 74.º que “são extintos os créditos do HFAR sobre a ADM, com origem nos hospitais integrados por fusão, relativos a atos praticados em data anterior à entrada em vigor do Decreto-lei n.º 187/2012, de 16 de agosto” (Conselho de Ministros, 2015d).

Contudo, o processo de faturação das instituições militares à ADM continuou a apresentar constrangimentos, na medida em que não havia possibilidade de controlar, efetivamente, os atos faturados à ADM. Com vista à transparência da faturação, em 2015, através do Despacho 511/MDN/2015, de 19 de janeiro, é feita a delimitação dos “âmbitos de aplicação dos conceitos de “saúde operacional” e de “saúde assistencial”, com o objetivo de definir a responsabilidade financeira pela assunção dos encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da ADM, evitando desta forma interpretações dissonantes” e é estabelecido “um novo regime de faturação e liquidação de encargos relativamente aos cuidados de saúde prestados pelo HFAR e pelas demais estruturas do SSM aos beneficiários da ADM” (Ministério da Defesa Nacional, 2015d, p. 1795).

Este despacho para além da tipificação dos encargos define, na prática, que apenas é saúde operacional os que resultam de necessidades específicas dos ramos e do EMGFA, incluindo na saúde assistencial todos os atos médicos praticados, inclusive a militares na situação de ativo, prestados pelos órgãos do SSM, cuja prescrição não tenha origem numa requisição do ramo. Assim, os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de saúde operacional devem ser suportados pelos ramos e EMGFA e os encargos decorrentes da saúde assistencial devem ser suportados pela entidade gestora da ADM, o IASFA. O despacho refere ainda que o processo de faturação relativo aos cuidados de saúde prestados pelo HFAR e pelas restantes estruturas de saúde do SSM, passa a ter por referência as regras e tabelas de preços em vigor para o regime convencionado da ADSE.

De forma a dirimir constrangimentos de ordem técnica relacionados com o novo modelo de faturação dos cuidados de saúde prestados pelo HFAR, bem como das restantes estruturas do SSM, a beneficiários da ADM foi publicado o Despacho n.º 139/MDN/2015

⁷ Para esta investigação foram consideradas como instituições militares, prestadoras de cuidados de saúde, as estruturas de saúde integradas no sistema de saúde militar (SSM), nomeadamente o HFAR (Polo de Lisboa e Polo do Porto), Centros de Saúde Militares e LMPQF.



de 22 de outubro, definindo as regras de faturação para atos médicos/cuidados de saúde prestados pelo HFAR e restantes estruturas do SSM a beneficiários da ADM.

O HFAR e restantes entidades do SSM, para efeitos de faturação, são equiparadas ao regime convencionado, estando “em vigor alguns protocolos entre o HFAR, EMGFA e IASFA, em que se coloca o ónus do suporte das despesas do SSM na ADM. O modelo de financiamento do sistema público não pode ser baseado nas quotas dos beneficiários, mas sim no orçamento do Estado, em pé de igualdade com os outros cidadãos!” (Matias, 2016). “Este é um constrangimento, em que para a ADM resultam despesas que poderiam ser canalizadas para o SNS e não são” (Mendes, 2016). Mas estas não são as únicas despesas que a ADM assume e que deveriam ser responsabilidade financeira do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde (SRS), das Regiões Autónomas da Madeira (RAM) e Açores (RAA), sendo por isso pertinente entender as relações da ADM com o SNS e os SRS.

2.1.2. Relações da ADM com o SNS e os SRS

A assinatura dos memorandos de entendimento, entre os Ministérios da Saúde, Finanças, Administração Interna e Defesa, resultou numa assunção no orçamento do SNS, a partir de 2010 (inclusive), dos encargos relativos a serviços prestados a beneficiários dos SSP que fossem realizados no SNS, deixando assim de haver faturação remetida aos SSP. Contudo, o entendimento que tem sido feito destes memorandos centra-se nos encargos relativos aos serviços realizados nos órgãos do SNS, não contemplando os cuidados de saúde, de ordem variada, que o SNS assegura aos seus utentes fora destes órgãos, ainda que aos utentes exclusivamente beneficiários do SNS seja assegurado o respetivo acesso. São os SSP que suportam os custos associados a estas matérias específicas, sendo por isso pertinente entender a que respeitam e considerar estes encargos aquando da análise da sustentabilidade da ADM.

Para a investigação e de forma a analisar em que medida estes encargos oneram a ADM, serão considerados os encargos com a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCCI), os Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD), a Medicação cedida nas farmácias hospitalares - Hospital de Dia, a assistência médica no estrangeiro (incluindo cartão CESD), o transporte não urgente de doentes, os MCDT prescritos no SNS e os cuidados médicos e comparticipação de medicamentos nos SRS. A sua descrição pormenorizada consta no Apêndice G.



2.1.3. Despesas Processadas (2010 – 2015)

Considerando a informação constante dos RA e a informação disponibilizada pelo GPGFO, no período de 2010 – 2015, as despesas processadas pela DSADM, reportadas a 31 de dezembro, são as constantes na tabela 1. Os valores apresentados incluem somente os encargos com despesas de saúde, não sendo considerados os custos administrativos⁸.

Tabela 1 – Despesas processadas (€) - (2010 – 2015)

Mapa de despesas processadas (€)						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Regime Livre	11.993.899,14	10.805.885,77	11.506.528,77	14.052.068,15	12.038.689,00	12.923.804,18
Regime Convencionado	23.960.995,61	25.981.450,32	29.414.079,40	47.622.096,48	33.889.020,00	50.536.302,43
Medicamentos	24.116.643,22	23.130.197,04	20.532.900,27	10.533.410,05	5.462.789,00	8.576.449,00
Instituições Militares	24.149.598,49	12.824.114,25	4.003.844,10	5.287.219,21	5.889.857,00	6.286.948,23
CAS	1.403.308,95	3.681.792,43	4.029.809,30	1.193.282,96	1.311.311,00	593.284,66
SNS/SS	30.544,91	519.820,55	145.801,10	0,00	26.845,00	10.219,94
DESPESAS ADM	85.654.990,32	76.943.260,36	69.632.962,94	78.688.076,85	58.618.511,00	78.927.008,44

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Considerando os valores apresentados nos relatórios de atividades disponíveis, no período em análise, conforme demonstrado na figura 1, verifica-se que a despesa é oscilatória de ano para ano, contudo tal não implica que haja um aumento ou decréscimo efetivo das despesas com a ADM, pois “não há decréscimos ou acréscimos de despesa tão significativos, de um ano para o outro. Tal resulta da oscilação do processamento da faturação ou seja do tempo que medeia a entrada na DSADM e o processamento da faturação, havendo faturação recebida que por razões várias transita para o ano seguinte (Mendes, 2016).

⁸ São os encargos associados às atividades de vida corrente e funcionamento normal (AVCFN) da ADM, em especial da DSADM e pontos de atendimento nos CAS, nomeadamente custos de manutenção das infraestruturas, água, eletricidade, limpeza das instalações, material de escritório, contratos de assistência, custos com pessoal, entre outros. Em 2015 ascenderam a cerca de 640.000 €.

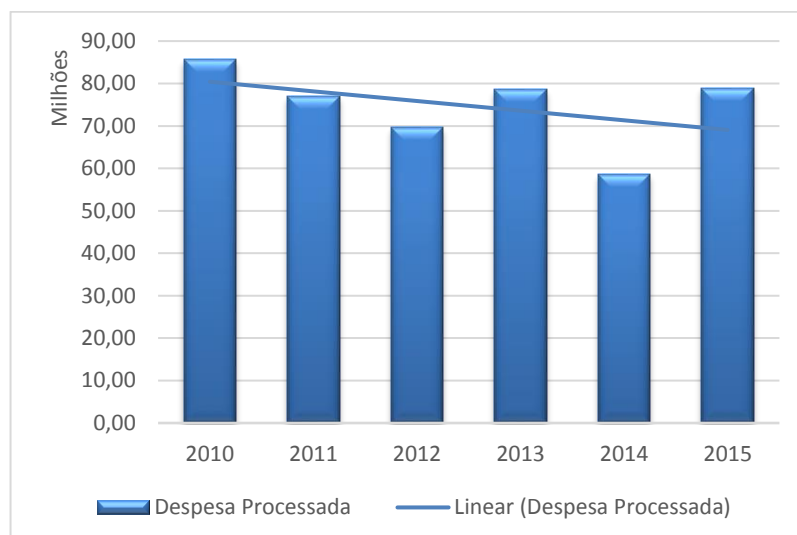


Figura 1 – Despesa Processada (€) - (2010 -2015)

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Em 2010 as despesas processadas atingiram o montante de 85,655 M€ e, à data, representaram o menor esforço financeiro dos últimos anos. Tal deveu-se à “determinação da suspensão de todas as prestações de saúde a partir de 1 de janeiro de 2010 pelo SNS aos SSP” (IASFA, 2010, p. 121).

Em 2011 as despesas processadas ascenderam a 76.943 M€, havendo um decréscimo de 10,17% (IASFA, 2011).

Em 2012 as despesas processadas ascenderam ao montante de 69.632 M€, o que representa uma diminuição de 9,50%. Globalmente manteve-se a tendência de decréscimo, contudo nas despesas com o regime convencionado e regime livre verificou-se um incremento de despesas de 13,21% e 6,48%, respetivamente. Neste ano é de realçar a diminuição dos encargos com as Instituições Militares e Farmácias/Medicamentos. Tal diminuição deve-se à criação do HFAR e indefinição dos créditos pendentes relativos aos Hospitais Militares, ficando estes processos a aguardar validação. Por outro lado a assunção das despesas, relativamente aos medicamentos, pelo SNS permitiu diminuir os encargos (IASFA, 2012).

O ano de 2013 contrariou a tendência de diminuição das despesas, verificando-se o processamento de despesa no montante global de 78.688 M€, o que representa um aumento (+ 9.055.113,91 €) de 13%, comparativamente a 2012. Os encargos com o regime convencionado e o regime livre aumentaram 61,90% e 22,12%, respetivamente (IASFA, 2013). Por seu lado, as despesas com medicamentos, fruto da legislação implementada, diminuíram 48,70%, comparativamente a 2012.



Em 2013 iniciou-se a renegociação das tabelas dos convencionados, o que permitiu baixar, em aproximadamente 30%, o custo dos cuidados prestados, por isso o aumento da despesa processada em 2013 deveu-se, essencialmente, a uma redução dos prazos de pagamento, para 120 dias (em 2012 o prazo médio era de 400 dias) (Coelho, 2014). Depreende-se que o aumento de processamento de despesa não implica um aumento dos cuidados de saúde prestados, mas resulta de pagamentos mais céleres não havendo diferimento da despesa para os anos seguintes.

Em 2014 as despesas ascenderam a 58.618 M€ (- 20.069.565,85 €), o que representa um decréscimo global de 25,51%, face a 2013. Verificou-se uma diminuição no regime convencionado de 28,84%, no regime livre de 14,33% e nos medicamentos de 48,14%, relativamente ao ano anterior (IASFA, 2014).

Em 2015 as despesas ascenderam a 78.927 M€ (+ 20. 308.497,44 €), o que representa um aumento de 34,64%, comparativamente a 2014. Verificou-se o aumento significativo nas despesas com o regime convencionado, medicamentos e Instituições militares.

Verificou-se, conforme demonstrado na figura 2, que no período em análise, as despesas com o regime livre e o regime convencionado são as despesas de maior volume e houve a tendência global de crescimento.

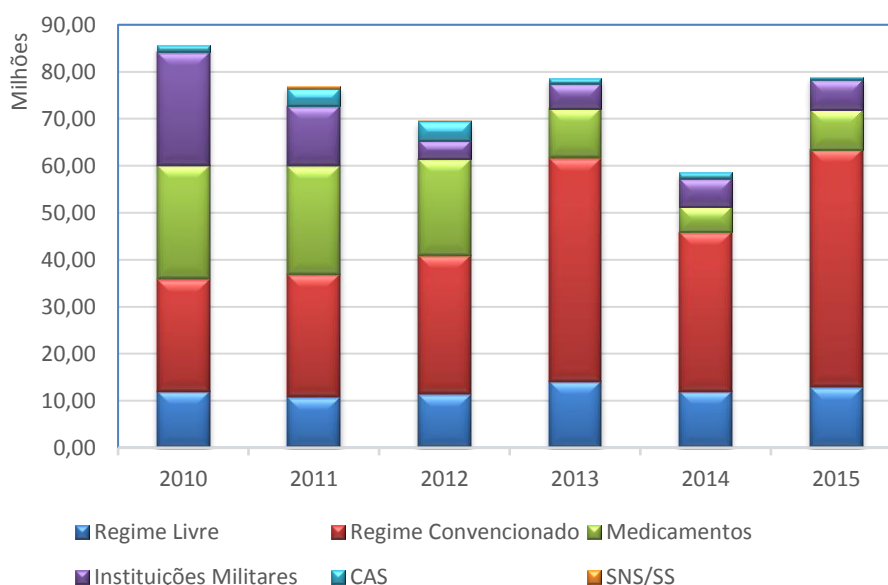


Figura 2 – Natureza das Despesas Processadas

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Verificou-se que no ano transato a despesa processada aumentou, contrariando, a tendência geral de decréscimo que, de um modo geral, se verificou nos anos anteriores. Da



faturação do regime convencionado, o HFAR foi a quarta entidade que mais faturou à ADM, ascendendo a sua faturação a 4.267.061,98 €. De realçar que relativamente às despesas do HFAR, no ano transato foi devolvida a faturação de 2014, relativa aos militares do QP ativo, que se encontrava pendente para faturação, na ordem dos 6 (seis) M€. Até divulgação do Despacho n.º 511/2015 de 19 de janeiro, era entendimento do IASFA que a faturação relativa a atos de manutenção da operacionalidade do militar não era responsabilidade do IASFA, mas sim dos ramos.

Relativamente à faturação das instituições militares outro elemento importante a considerar é o Centro de Saúde de Coimbra (CSC). O CSC assenta num antigo Hospital Militar e tem possibilidade de efetuar atos médicos, faturando à ADM. Enquanto para o HFAR a LOE 15 estabelece que as dívidas até à criação do HFAR são liquidadas, nada refere para o CSC, havendo faturação pendente na ADM, que remonta a anos anteriores à criação do HFAR (Mendes, 2016).

Constata-se um aumento gradual da faturação das instituições militares, especialmente HFAR e CSC, o que poderá ser indício da dificuldade de destrinçar a saúde operacional de saúde assistencial. Contribuem também para esse aumento a faturação de despesas que a ADM suporta mas que deveriam ser responsabilidade do SNS e não da ADM. São exemplo dessas despesas a medicação fornecida em regime de ambulatório, no HFAR. A faturação relativa ao fornecimento de medicação pela farmácia do HFAR, em regime de hospital de dia (pequenas cirurgias em ambulatório e medicamentos fornecidos a doentes crónicos, por exemplo esclerose múltipla, HIV, doenças oncológicas, entre outros) é suportada pela ADM, quando legalmente, desde 2010, deveriam ser suportadas pelo SNS. [...] Se um militar, doente crónico, levantar a sua medicação na farmácia de um qualquer hospital público os custos são suportados pelo SNS, não se verificando este procedimento no caso do HFAR. No ano de 2015 estas despesas ascenderam a cerca de 1.741.561,08 € (Mendes, 2016).

Outras despesas que a ADM suporta que, eventualmente, não são sua responsabilidade, são as resultantes da venda de medicamentos pelos pontos de venda do LMPQF (existentes no HFAR, no IASFA e nos CAS). “Se adquirirmos medicamentos em qualquer farmácia da rede civil/comercial, pagamos parte dos custos e a outra parte é suportada pelo SNS. Se efetuarmos a compra num ponto de venda de medicamentos do LMPQF, que não é reconhecido como farmácia pelo INFARMED, a comparticipação das despesas que caberiam ao SNS são apresentadas à ADM, para serem suportadas pelas nossas quotas!” (Matias, 2016).



Este é um assunto em análise no CGSPS e são despesas que deveriam, conforme disposições legais, ser assumidas pelo SNS, contudo como resultam do tempo em que os SSP recebiam verbas do orçamento de Estado e sendo atualmente a ADM o único que recebe, embora no âmbito da Portaria 1034/2009, tem vindo a suportar essas despesas. São exemplo destes encargos as despesas com as farmácias nas regiões autónomas, cujo circuito de faturação não está ainda definido, as despesas com a RNCII, em que a ADM ainda mantém protocolos com entidades que prestam estes cuidados, as despesas de saúde no estrangeiro, no âmbito do CESD⁹, entre outras. Todas estas situações indefinidas carecem de esclarecimento, relativamente aos procedimentos a adotar, de forma a libertar a ADM das responsabilidades financeiras que, conforme relatórios do TdC, incorretamente lhe estão imputadas.

2.2. Financiamento da ADM

Para efetuar a análise do financiamento da ADM, com recurso exclusivo à contribuição dos beneficiários, foi efetuada a análise do universo de beneficiários de forma a entender quais os que efetivamente contribuem para a sustentabilidade do sistema, seguindo-se a análise de quais as fontes de financiamento da ADM.

2.2.1. Beneficiários da ADM

Para ser beneficiário da ADM há a necessidade de prévia inscrição na ADM.

Conforme descrito na caracterização do sistema, em Apêndice G, os beneficiários da ADM, após várias alterações ao Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de setembro, dividem-se em beneficiários titulares e beneficiários familiares ou equiparados. A sua evolução, no período em análise foi conforme apresentado na tabela 2 (números reportados a 31 de dezembro).

⁹ O CESD é um cartão emitido pela SS que “permite a uma pessoa segurada ou abrangida por um regime de proteção social de um dos 28 Estados-Membros da União Europeia, Islândia, Listenstaine, Noruega e Suíça, obter junto dos prestadores de cuidados públicos a assistência médica de que o seu estado de saúde necessitar durante a sua estada temporária em qualquer dos Estados referidos” (Instituto de Informática, 2016).



Tabela 2 – Evolução dos Beneficiários (2010 – 2015)

Universo de Beneficiários da ADM						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Titulares	69.737	66.020	65.246	64.441	61.016	61.490
Ativo e Reserva	37.802	34.926	34.690	34.941	33.689	32.750
Reforma	31.935	31.094	30.556	29.500	27.327	28.911
Familiares e equiparados	65.291	69.495	66.774	65.965	62.806	60.652
Ascendentes	338	322	311	280	243	219
Descendentes	22.515	21.520	24.525	24.102	23.309	22.606
Cônjuges ou Equiparados	42.426	47.604	41.919	41.579	39.251	37.825
Protocolados/Associados	12	49	19	4	3	2
Total de Beneficiários	135.028	135.515	132.020	130.406	123.822	122.142

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Os valores apresentados não incluem os beneficiários ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro, ou seja os Deficientes das Forças Armadas (DFA), Pensionista de Pensão de Invalidez (PPI) e respectivos familiares. A tabela 3 apresenta o número de beneficiários respetivo.

Tabela 3 – Beneficiários ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro

Categoria (reportado a 31dez15)	
Titulares	10.123
Ativo e Reserva	46
Reforma	10.077
Familiares	8.375
Cônjuges ou Equiparados	7.253
Descendentes	1.106
Ascendentes	16
Total	18.498

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Verifica-se que há a tendência de diminuição dos beneficiários, conforme demonstra a figura 3.

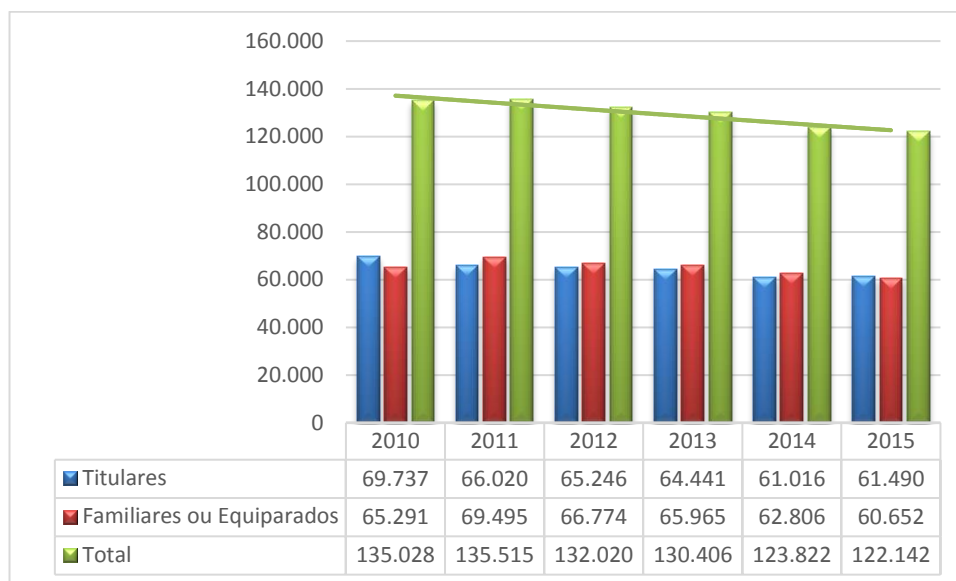


Figura 3 – Beneficiários da ADM (2010 -2015)

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Mas deste universo de beneficiários quais os que efetivamente descontam para a ADM, de forma a garantir a sustentabilidade do sistema?

Contribuem para a ADM, de forma obrigatória, todos os militares em Regime de Contrato (RC) e do Quadro Permanente (QP), na situação de ativo, reserva e reforma e os DFA e PPI, cujo valor da pensão ultrapassar 1,5 da Remuneração Mensal Mínima Garantida¹⁰. Para os restantes DFA e PPI a adesão ao subsistema é facultativa. Conforme Decreto – lei n.º 81/2015 de 15 de maio, também descontam 3,5% os cônjuges de militares, titulares da ADSE, que optem pela ADM (beneficiários extraordinários). Os cônjuges de militares, não titulares da ADSE, que exerçam atividade remunerada descontam 3,5 % sobre 79% da remuneração base do militar, caso esteja no ativo ou reserva e 3,5% sobre 79% de 80% da pensão de reforma ou invalidez do militar.

Do universo de 122.142 beneficiários da ADM, contribuem efetivamente para o sistema cerca de 57%, conforme tabela 4.

¹⁰ O valor da retribuição mínima mensal garantida (RMMG) a que se refere o n.º 1 do artigo 273.º do Código do Trabalho, aprovado pela Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro, é de 530,00 € (Conselho de Ministros, 2015b).



Tabela 4 – Beneficiários que contribuem para a ADM (31 de dezembro de 2015)

Total de Beneficiários		
122.142		
Beneficiários Contribuintes (31dez15)		
Categoria		Número
Titulares	Ativo / Reserva (QP)	61.619
	RV/RC	10.634
	Reforma	28.991
DFA		12.405
Beneficiários	Extraordinários	3.267
	Associados	5.352
TOTAL		82.593

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

2.2.2. Fontes de Financiamento da ADM

O IASFA, I.P., entidade gestora da ADM, executa a sua atividade tendo como fontes de financiamento (FF) a FF 311 – Receitas Gerais, que corresponde à transferência de verbas do Orçamento de Estado e FF 510 – Auto – Financiamento, que corresponde às contribuições obrigatórias (descontos) dos beneficiários da ADM. As contribuições dos beneficiários resultam do desconto obrigatório de, atualmente, 3,5% da remuneração (Remuneração Base + Suplemento de Condição Militar) auferida.

As receitas arrecadadas¹¹, no período em análise, foram as constantes na tabela 5.

Tabela 5 – Receita Arrecadada (€) - (2010 – 2015)

Receitas						
FF	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Transferências SGMDN	66.616.037,00	58.500.000,00	52.950.000,00	55.350.000,00	21.200.000,00	20.000.000,00
Quotas Beneficiários	17.623.755,00	17.985.592,00	17.169.715,00	27.121.664,43	44.049.000,15	49.570.776,41
Total	84.239.792,00	76.485.592,00	70.119.715,00	82.471.664,43	65.249.000,15	69.570.776,41

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

A dotação transferida pela SGMDN “destina-se fundamentalmente a suportar os encargos com a aquisição de próteses, artigos e medicamentos, serviços de especialidades clínicas, tratamentos, internamentos e outras despesas da mesma natureza, quando feitas em

¹¹ Os valores apresentados foram retirados dos RA, no caso dos descontos dos beneficiários e da informação disponibilizada, via correio eletrónico, pela SGMDN, no caso das transferências da SGMDN.



direto benefício dos funcionários” (SGMDN, 2015), ou seja, essencialmente para fazer face a despesas ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro.

No período em análise verificou-se a tendência linear de diminuição das receitas da ADM, conforme demonstra a figura 4.

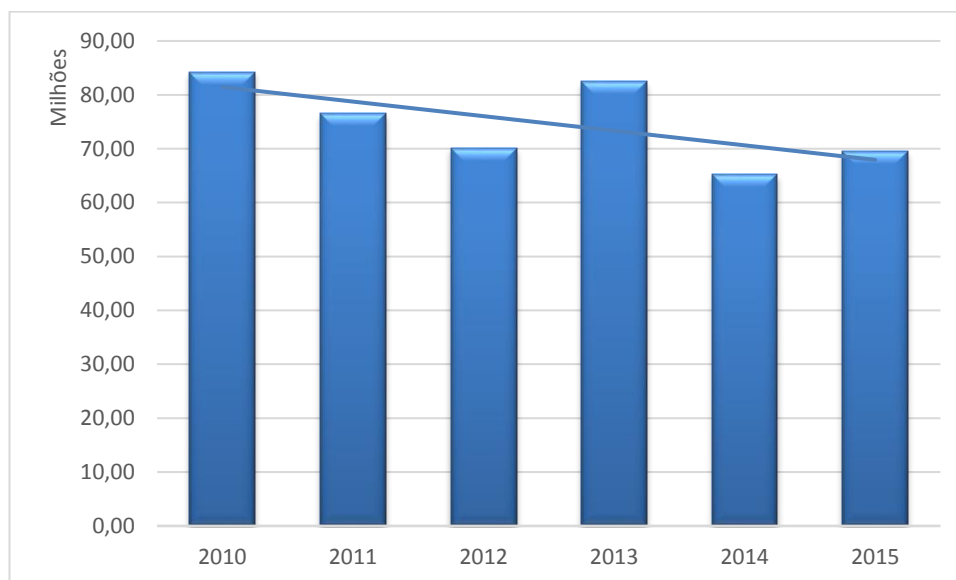


Figura 4 – Receitas Arrecadadas (€) - (2010 -2015)

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Em 2010, as transferências da SGMDN ascenderam a 66.616.037,00,00 €, o que representa, no total, 79 % das receitas arrecadadas. Por seu lado, “os descontos da ADM” representam 21 % e ascenderam ao montante de 17.623.755,00 €.

Em 2011 as transferências da SGMDN sofreram um decréscimo (- 8.116.037,00 €), sendo de 58.500.00,00 €, o que representa cerca de 76,5% das receitas totais. Os descontos dos beneficiários ascenderam a 17.985.592, 00 €, cerca de 23,5 % das receitas totais.

Em 2012 as transferências da SGMDN ascenderam a 52.950.000,00 (- 5.500.000,00 €), representando 75,5 % da receita total. Por seu lado, os descontos dos beneficiários ascenderam a 17.169.715,00 €, representando 24,5 % das receitas totais.

No ano de 2013 as receitas arrecadadas sofreram um acréscimo em relação a 2012. As transferências da SGMDN ascenderam ao montante de 55.350.000,00 € (+ 2.400.000,00 €), correspondendo a 67,1% da receita total. Os descontos dos beneficiários ascenderam a 27.121.644,43 €, representando 32,9% da receita total. Os descontos dos beneficiários sofreram um acréscimo na ordem dos 58%, comparativamente a 2012. Tal deveu-se ao aumento, em 2012, da taxa de desconto de 1,5% para 2,25% em julho.



Em 2014, as transferências da SGMDN sofreram uma significativa redução de 62%, totalizando 21.200.000,00 € (- 34.150.000,00 €), o que equivale a 32% das receitas totais. Por seu lado, os descontos dos beneficiários ascenderam a 44.049.999,15 € (+ 16.927.335,72 €), cerca de 68% das receitas totais. O aumento, na ordem dos 62% face a 2013, deveu-se ao aumento da taxa obrigatória de 2,25% para 2,5% a partir de 1 de janeiro e para 3,5% a partir de maio.

Em 2015, as transferências da SGMDN ascenderam a 20.000.000,00 €, representando 28,75% das receitas totais. Os descontos dos beneficiários ascenderam a 49.570.776,41 € (+ 5.521.776,26 €), representando 71,25 % das receitas totais.

Para o corrente ano (2016), a SGMDN autorizou transferências no montante total de 20.000.000 €. Relativamente às quotizações, tendo por referência os montantes do primeiro trimestre, prevê-se que a receita ascenda a 53.000.000, 00 €. O ligeiro aumento relativamente a 2015 resulta das quotizações dos beneficiários associados.

Analisando a receita arrecadada quanto à sua natureza verificou-se, conforme figura 5, um decréscimo das transferências das SGMDN por contrapartida de um aumento dos descontos dos beneficiários, o que vai ao encontro das intenções de autofinanciamento da ADM.

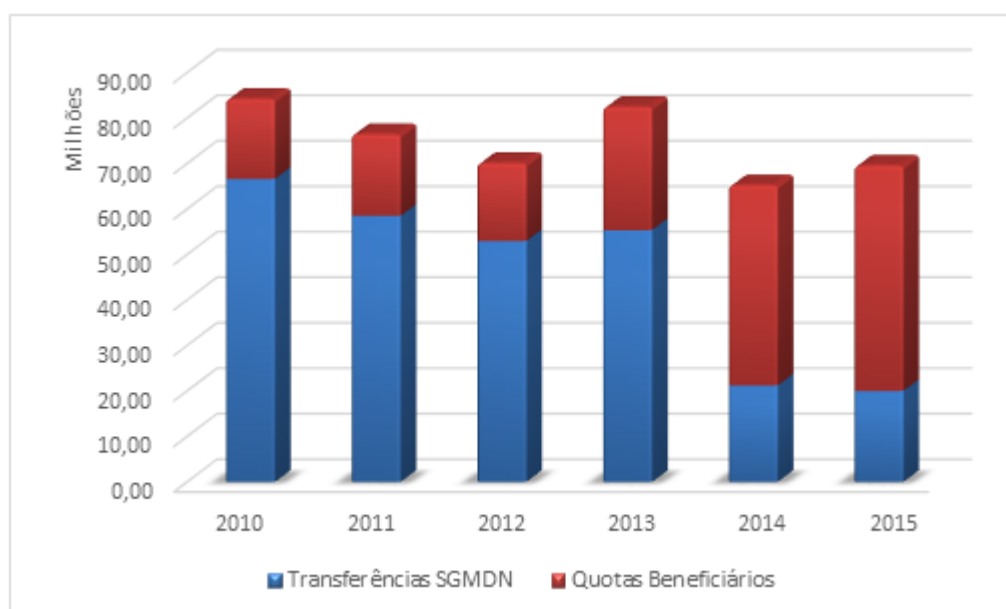


Figura 5 – Natureza das Receitas Arrecadadas (2010 -2015)

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

No período em análise (2010 – 2015) verificou-se uma redução das transferências da SGMDN em cerca de 47 M€ ou seja, na ordem dos 70%. Por seu lado, os descontos dos



beneficiários sofreram um aumento de cerca de 32 M€, que se deveu essencialmente ao aumento gradual de 1,5% para 3,5% dos descontos obrigatórios.

2.3. Análise de Sustentabilidade

No período em análise verificou-se a oscilação das despesas processadas pela ADM, contudo houve a tendência de aumento das despesas com o regime convencionado e regime livre. No lado da receita, verificou-se uma diminuição significativa das receitas provenientes da SGMDN e um aumento das quotizações dos beneficiários.

Considerando que, em resultado dos compromissos assumidos, há a intenção política para a sustentabilidade dos SSP através do seu autofinanciamento, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários, interessa analisar se, pese embora as tendências da despesa e da receita, o autofinanciamento está ou não garantido.

A tabela 6 demonstra, ao nível macro, a sustentabilidade financeira do sistema, no período em análise, considerando as despesas processadas e as receitas gerais da ADM, tentando demonstrar a cada vez menor dependência de verbas do Orçamento de Estado. No entanto, em termos de valores globais pode haver dados subestimados, na medida em que a evolução de financiamento da ADM aparenta estar a diminuir quando em termos de despesa os valores aumentam. Por outro lado, tal como referido anteriormente, os valores globais de despesa apresentados englobam despesas que por razões diversas, anteriormente referidas, são processadas e pagas pela ADM, embora devam constituir-se como encargo do SNS.

Tabela 6 – Receita Arrecadada e Despesa Processada (€) - (2010 – 2015)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Despesa Processada	85.654.990,32	76.943.260,36	69.632.962,94	78.688.076,85	58.618.511,00	78.927.008,44
Receita Total	84.239.792,00	76.485.592,00	70.119.715,00	82.471.664,43	65.249.000,15	69.570.776,41
Δ (Receita - Despesa)	-1.415.198,32	-457.668,36	486.752,06	3.783.587,58	6.630.489,15	-9.356.232,03

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Verificou-se um défice orçamental nos anos de 2010 (- 1.415.198,32 €) e 2011 (- 457.668,36 €). Nos anos de 2012, 2013 e 2014 a tendência inverteu-se, apresentando saldo positivo. No ano transato as despesas aumentaram significativamente e o saldo foi negativo (- 9.356.232,03 €), ficando cerca de 10 M€ de despesa processada a aguardar pagamento.

A despesa global foi oscilatória, tal como demonstrado anteriormente, o que não significa um aumento ou decréscimo efetivo da despesa processada, demonstra apenas que na prática há despesa que é processada num determinado ano económico e paga noutro.



Para analisar o autofinanciamento da ADM há a necessidade de excluir da análise as transferências orçamentais da SGMDN que se destinam a suportar as verbas com os beneficiários ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro, normalmente designados de DFA e por outro lado segregar as despesas associadas que a ADM processa, analisando, simultaneamente, se as verbas transferidas são suficientes.

A segregação das despesas é um dos atuais desafios da DSADM, pois não tem ferramentas que permitam isolar as despesas dos DFA. Para as instituições militares a faturação é segregada por beneficiário, podendo aqui aferir os custos com os DFA, mas para os convencionados a faturação é geral, não sendo possível aferir de modo exato os custos com os DFA (Mendes, 2016). No ano de 2015 ascenderam a mais de 17 M€, sendo que 13.790.213,09 € respeitam a beneficiários titulares e 3.445.749,87 € a beneficiários familiares.

Para aferir a sustentabilidade da ADM é, também, necessário separar as despesas que efetivamente são sua responsabilidade, daquelas que atualmente suporta mas que, eventualmente, são responsabilidade de outras entidades como o SNS e SRS, pois não pode ser descurado o princípio de que os benefícios que os beneficiários dos SSP usufruem são complementares aos serviços prestados pelo SNS, ou o princípio do Estado entidade empregadora, no caso a responsabilidade de os ramos assumirem a responsabilidade de manter os seus ativos operacionais, eventualmente também a militares na reserva.

A ADM suporta encargos que não deveriam onerar o seu orçamento, nem ser suportados pelas quotas dos seus beneficiários, uma vez que, conforme referido anteriormente, dizem respeito a cuidados e serviços de saúde que qualquer cidadão tem direito como utente do SNS, independentemente de ser beneficiário de um SSP, devendo por isso ser suportados pelas receitas gerais provenientes dos impostos. Face os valores apresentados no ano transato é pertinente considerá-los aquando da análise da sustentabilidade da ADM.

Conforme referido, o LMPQF fatura à ADM encargos que devem ser responsabilidade do SNS, embora haja necessidade de algumas alterações processuais e/ou legais, no caso dos pontos de venda equiparados a farmácia.

Os encargos que o LMPQF faturou à ADM, mas que, eventualmente, não deveriam constituir encargo seu, ascendem a montantes superiores ao 3 M€, conforme demonstrado na tabela 7.



Tabela 7 – Encargos (€) faturados pelo LMPQF que constituem encargo do SNS

Tipo de faturação		2015	Observações
Hospital de Dia no HFAR		1.741.561,08	Envolve toda a tipologia de beneficiários da ADM com doenças crónicas
Farmácias	DFA e PPI	530.059,15	O LMPQF faturou o montante de 2.130.059,15 € ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro. Deste montante, cerca de, 1.600.000,00 € são relativos a produtos de apoio e dispositivos médicos fornecidos, a DFA, no âmbito do n.º 2, do art.º 2.
	Outros beneficiários	976.561,70	Comparticipação nos medicamentos vendidos nos pontos de venda do HFAR aos beneficiários da ADM
Total		3.248.181,93	

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

A tabela 8 apresenta os encargos reportados pela ADM com as rubricas de custos referidas anteriormente e que, resultado da auditoria de contas do TdC à ADSE, devem ser assumidos pelo SNS.

Tabela 8 – Encargos da ADM relativos ao SNS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Subtotal
RNCII	-	199.743	228.890	264.585	343.158	361.302	1.397.678
Assistência no Estrangeiro	158.039	103.315	116.479	124.511	159.023	249.075	910.442
CESD	26.599	29.249	37.642	6.786	20.059	10.220	130.555
CRD	-	969.362	1.052.591	1.008.570	841.365	909.068	4.780.956
Medicamentos em Hospital de Dia	-	-	-	-	1.100.000	3.500.000	4.600.000
Transporte não urgente de doentes	435.832	403.495	387.346	352.503	357.411	458.224	2.394.811
Subtotal	620.470	1.705.164	1.822.948	1.756.955	2.821.016	5.487.889	

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Existem oscilações da despesa no período em análise, sendo que a despesa tem sido crescente em todos os casos. De realçar a dificuldade que a ADM tem para apurar os montantes, havendo mesmo situações em que não consegue, o que pode limitar as análises efetuadas

A tabela 9 apresenta os encargos reportados pelos SRS com as despesas decorrentes de cuidados de saúde prestados aos beneficiários da ADM e com a comparticipação de medicamentos disponibilizados nas farmácias localizadas na RAM e RAA. Tal como no SNS, constata-se a dificuldade de ter a real perceção dos encargos que deveriam ser suportados pelos orçamentos dos SRS.



Tabela 9 – Encargos (€) da ADM relativos aos SRS

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Subtotal
Comparticipação Medicamentosa (RAA)	478.236	206.801	269.758	345.379	351.931	165.858	1.817.963
Assistência Médica no SRS (RAA)	247.059	102.923	149.458	234.750	272.036	133.449	1.139.675
Comparticipação Medicamentosa (RAM)	1.392.707	1.393.789	1.355.878	912.830	761.000	712.835	6.529.039
Assistência Médica no SRS (RAM)	960.145	792.695	325.973	1.273.227	415.000	549.000	4.316.040
Subtotal	3.078.146	2.496.208	2.101.066	2.766.186	1.799.967	1.561.142	

Fonte: adaptado de (IASFA, 2010; IASFA, 2011; IASFA, 2012; IASFA, 2013; IASFA, 2014; IASFA, 2015)

Os encargos que a ADM atualmente suporta e que, eventualmente são responsabilidade de outra entidade, são de ordem vária e ascenderam no ano transato a montantes superiores a 10 M€ (valores aproximados ao défice apresentado no mesmo ano, conforme demonstrado na tabela 6), sendo cerca de 3,2 M€ relativos a faturação do LMPQF, 5,5 M€ de encargos da ADM relativos ao SNS e 1,5 de encargos da ADM relativos aos SRS.

A ADM, devido à diversidade de beneficiários e códigos associados, tem dificuldade em efetuar a segregação dos encargos assumidos por tipo de beneficiário, sendo por isso difícil aferir de forma consistente e sustentada se o subsistema é ou não sustentável. É um facto, que assume encargos que não são sua responsabilidade, devendo por isso haver o esforço de todos os intervenientes no sentido de clarificar o enquadramento e procedimentos da faturação à ADM, de forma a não onerar o seu orçamento.

Considerando que as transferências da SGMDN estabilizaram, sendo na ordem dos 20 M€, os descontos dos beneficiários mantêm – se inalterados, havendo a tendência de diminuição de beneficiários e as despesas estão a aumentar, o défice no ano de 2015 poderá indicar que os próximos anos serão difíceis em termos orçamentais

Efetuada a análise de sustentabilidade encontramos-nos em condições de responder à QD1: Quais são as despesas suportadas pela ADM? e QD2: Para fazer face às despesas processadas necessita a ADM de transferências orçamentais?

Relativamente à QD1: Quais são as despesas suportadas pela ADM? constatamos que as despesas suportadas ou processadas pela ADM dividem-se nas categorias de Regime Livre ou Participações Diretas, Regime Convencionado, Instituições Militares, Farmácias, SNS e despesas com os CAS. As duas primeiras categorias salvaguardam o direito de escolha dos beneficiários não tendo a ADM qualquer interferência na afetação da procura aos prestadores. As instituições militares englobam toda a faturação relativa ao HFAR e restantes entidades do SSM, estando em vigor protocolos que colocam o ónus do



suporte das despesas do SSM na ADM, resultando despesas que poderiam ser canalizadas para o SNS e não são.

As farmácias englobam as despesas relativas à comparticipação com a venda de medicamentos a beneficiários da ADM. As farmácias só faturam à ADM as comparticipações dos medicamentos dispensados a beneficiários quando prescritos fora do âmbito do SNS, continuando encargo do subsistema os custos associados às regiões autônomas. A investigação permitiu aferir que a ADM suporta encargos que não responsabilidade do subsistema.

Relativamente à QD2: Para fazer face às despesas processadas necessita a ADM de transferências orçamentais?, constatamos que para fazer face às despesas processadas há a necessidade de transferências orçamentais. O financiamento da ADM tem duas origens distintas, as transferências da SGMDN, que fundamentalmente têm o fim específico de suportar as despesas ao abrigo da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro e as quotizações dos beneficiários, ou seja os descontos obrigatórios de todos os beneficiários, atualmente em 3,5%. Verificou-se no período em análise uma diminuição, significativa, das transferências da SGMDN, por contrapartida do aumento dos descontos, o que reforça a intenção de autofinanciamento. Contudo, face às despesas processadas há a necessidade de transferências da SGMDN, embora não seja possível aferir com exatidão em que valores.

2.4. Síntese Conclusiva

Neste capítulo verificámos e concluímos que a ADM suporta encargos diversos provenientes de diferentes entidades, como o HFAR, LMPQF, SNS e SRS, que não são da sua responsabilidade, onerando o seu orçamento e consequentemente os beneficiários da ADM.

As despesas com o HFAR e restantes entidades do SSM têm vindo a crescer, sendo estimativa do HFAR faturar, no corrente ano, à ADM, 16 M€, aos quais acresce faturação na ordem dos 8 M€, referente a 2015 e enviada no corrente ano. Este aumento é resultado do Despacho 511/2015 de 19 de janeiro que esclarece o enquadramento conceptual da saúde operacional, cuja responsabilidade financeira é dos ramos e EMGFA e da saúde assistencial, cuja responsabilidade financeira é da ADM.

É nosso entendimento que, numa primeira análise, todos os atos e serviços que se destinem a manter o militar, na situação de ativo e eventualmente reserva, pronto para o exercício das suas funções, devem-se enquadrar no domínio da saúde operacional. A saúde do pessoal na reforma e da família militar enquadram-se na saúde assistencial.



Relativamente ao LMPQF um de dois caminhos deve ser seguido, ou é definido um estatuto específico para os pontos de venda, sendo reconhecidos pelo INFARMED como farmácias, conforme disposições legais ou o IASFA deve promover o lançamento de um concurso para serem instalados pontos de venda das farmácias comerciais, sendo em ambos os encargos com medicamentos suportados pelo SNS.

A ADM continua a assumir encargos que não são da sua responsabilidade, devendo, no entendimento do TdC, ser financiados por fundos públicos com origem em receitas gerais do Estado, para as quais já contribuem através do pagamento de impostos, ou seja há uma dupla tributação do rendimento dos beneficiários da ADM. São exemplo destes encargos a RNCCI, a assistência médica no estrangeiro quando esta não resulta da livre vontade do beneficiário ou resulta do CESD, o transporte de doentes de e para entidades do SNS; os CRD, e MCDT prescritos em órgãos do SNS ou SRS. Os custos associados a estes encargos são superiores a 10 M€.

No período em análise a ADM sofreu alterações no seu financiamento, que se traduziram na redução significativa dos fundos públicos/transferências da SGMDN afetos à ADM, compensados com o aumento dos descontos dos beneficiários.

A diminuição do financiamento público resultou, por um lado, da avocação pelo SNS, em 2010, de encargos financeiros que são da sua responsabilidade originária e que têm de ser financiadas por receitas provenientes de impostos, embora a ADM continue a suportar alguns e, por outro, do aumento, em 2013 e 2014, da taxa de desconto aplicável às remunerações e pensões dos beneficiários, dando assim seguimento à intenção de autofinanciamento com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários.

Em suma, conclui-se que a ADM suporta encargos que não responsabilidade do subsistema e, atualmente, para fazer face aos encargos faturados pelas diversas entidades há a necessidade de o subsistema receber transferências das receitas gerais, não sendo a sustentabilidade do sistema possível com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários.

Eventualmente caso se consiga efetuar a segregação das despesas, imputando os custos às entidades corretas, o subsistema da ADM seja sustentável com recurso, exclusivo, aos descontos dos beneficiários, à semelhança dos restantes SSP.



3. ADM e a Condição Militar

“ Juro, defender a minha Pátria e estar sempre pronto a lutar pela sua liberdade e independência, mesmo como sacrifício da própria vida.”

Excerto do juramento de bandeira efetuado por todos os militares

Neste capítulo abordaremos qual o impacto do autofinanciamento da ADM na condição militar, face aos deveres exclusivos a que estão sujeitos os militares e que derivam da sua condição, para quem o cumprimento da missão pode levar ao sacrifício da própria vida, o que não acontece com nenhum outro funcionário do Estado. Será caracterizada a condição militar e respetivos especiais direitos e compensações, consagrados na Lei n.º 11/89 de 1 de junho, a Lei das Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar (LBGECM) e no próprio EMFAR, analisando-se de seguida em que medida os militares optariam por descontar para a ADM e qual o impacto na sustentabilidade do subsistema, caso o regime optativo fosse viável, à semelhança da ADSE. Por fim será avaliado em que medida os militares percecionam que o autofinanciamento coloca em causa as disposições inerentes à condição militar.

Pretende-se com este capítulo responder à QD3: O regime optativo coloca em causa o autofinanciamento da ADM? e QD4: Com o autofinanciamento da ADM os preceitos da condição militar são cumpridos?.

3.1. A Condição Militar

A saúde, em geral e assistência na doença, em particular, são assuntos que pela sua natureza se constituem como preocupações básicas para qualquer cidadão, procurando sempre o melhor para si e para a sua família.

A CRP estabelece no seu artigo 64º, que “todos têm direito à proteção da saúde”, tendo para o efeito sido criado o SNS. Os militares têm a sua proteção na saúde regulada em diplomas próprios, face à especificidade das suas funções, vertida na sua condição militar que implica total disponibilidade para o desempenho das suas funções, mesmo que com o sacrifício da própria vida.

Para Pinto (2012), “o que é absolutamente fundamental compreender acerca da condição militar é que ela é um valor do Estado. Porque disciplina, disponibilidade permanente e aceitação do risco são as traves da coesão e do bom funcionamento das FFAA, necessário à satisfação do superior interesse público”, por isso todas as disposições legais que lhe estão inerentes devem ser cumpridas, de forma a contrariar a tendência que, ultimamente, se tem assistido de pretender assimilar em todas as questões os militares aos



funcionários públicos, nomeadamente na área da assistência na doença, com a convergência da ADM com a ADSE e intenção de autofinanciamento do subsistema.

A LBGECM estabelece um conjunto de restrições e deveres associados à condição militar, caracterizados nas alíneas a) a h) do artigo 2º. A alínea i) refere que a condição militar se caracteriza “pela consagração de especiais direitos, compensações e regalias, designadamente nos campos da segurança social, assistência, remunerações, cobertura de riscos, carreira e formação”, ou seja, determina uma discriminação positiva, como contrapartida dos inúmeros deveres e restrições aos direitos, liberdades e garantias a que estão sujeitos todos os militares (Assembleia da República, 1989).

A LBGECM estabelece, no n.º 2 do artigo 15º, que “é garantido aos militares e suas famílias, de acordo com as condições legalmente estabelecidas, um sistema de assistência e proteção, abrangendo, designadamente, pensões de reforma, de sobrevivência e de preço de sangue e subsídios de invalidez e outras formas de segurança, incluindo assistência sanitária e apoio social”.

Da conjugação destes artigos depreende-se que, face à sua condição militar, é legalmente conferido aos militares, e respetiva família militar, especiais direitos, compensações e regalias, entre outros campos na assistência sanitária, devendo os mesmos traduzirem-se em efetivas vantagens comparativamente aos sistemas gerais da segurança social e dos funcionários do Estado. Tal facto é reforçado na alínea c) do artigo 25º do EMFAR, que estabelece que o militar tem direito “a beneficiar, para si e para a sua família, de assistência médica, medicamentosa, hospitalar e de meios de diagnóstico, nos termos previstos em diploma próprio”.

Para o General Loureiro dos Santos “o Estado tem a estrita obrigação de garantir a saúde dos militares e família que dele dependem, [...] por conseguinte haverá uma contradição muito grande se houver qualquer alteração a essa norma geral. É uma norma geral em que o militar e a família, que depende diretamente do militar, precisa e tem direito à assistência”. Refere ainda que “um militar que está num sítio qualquer, em missão, não pode estar preocupado com a saúde dos seus familiares, [...] isto é, a retaguarda tem que prestar à família do militar (que dele depende) os serviços que são necessários para que o militar tenha a certeza que esse problema não existe e poder executar a sua missão - que é combater com tudo aquilo que o seu espírito consegue fazer” (Santos, 2016) .

Tem-se verificado nos últimos anos, fruto de várias decisões políticas, na ótica dos beneficiários uma gradual degradação da ADM, tendo a assistência, inicialmente gratuita,



passado a ser suportada pelos descontos obrigatórios dos respectivos beneficiários, bem como um decréscimo nas comparticipações efetuadas. Sobre as decisões políticas o General Loureiro dos Santos refere que “ eles [os políticos] procuram sempre uma forma capciosa de, no fundo, limitar [...] isto é, eles de um modo geral tendem a olhar os militares não à luz da condição militar e daquilo que os militares fazem, mas à luz daquilo que eles gastam” (Santos, 2016).

O pacote legislativo em vigor e consequentes alterações funcionais da ADM têm gerado algum desconforto no seio militar e discussão em vários fóruns, sendo frequentemente defendido por entidades várias que se assiste a uma degradação da condição militar e mesmo incumprimento do estabelecido na lei para esta matéria.

O General Pinto Ramalho, no Seminário “Saúde Militar, que futuro?” frisou a informação transmitida às Chefias Militares, pelo MDN, após assinatura do memorando de entendimento da *Troika*, citando “os cortes previstos para o conjunto dos sistemas públicos de assistência na doença, no acordo com a Troika, não afetará a especificidade e autonomia próprias do regime específico dos militares [...] e essa redução far-se-á preservando o regime de ADM, que é uma dimensão associada à condição militar e é extensível à família dos militares” (Ramalho, 2014, p. 57). Com a legislação aprovada em 2015 há a abertura do subsistema aos cônjuges que trabalhem no privado, mediante o pagamento de uma quota, de igual modo aos beneficiários extraordinários.

Em janeiro de 2015, aquando da elaboração da legislação em causa, a Secretária de Estado da Defesa Nacional, Berta Cabral, referiu que é assim possível ao beneficiário familiar optar por inscrever-se “no sistema mediante o pagamento de uma comparticipação, como acontece com todos e como é justo”, defendendo que “esta é a regra, todos têm de participar porque só assim os subsistemas são solidários, de outra forma uns estariam a pagar para os que não participam, ora, isto não é justo”. Relativamente à contradição da legislação referente à condição militar, defendeu que estas leis “não são colocadas em causa”, porque o que “o Estatuto diz é que [os militares] têm direito à saúde e à assistência na doença para si e para os seus familiares, mas não necessariamente gratuita. Há muito tempo que ela não é gratuita, há muito tempo que os militares e os seus cônjuges, sobretudo quando beneficiam da ADSE, da ADM ou outro subsistema público, têm de contribuir; tem vindo a haver uma evolução nessa comparticipação, há muito tempo que já contribuem para os subsistemas” (Lusa, 2015).



Relativamente à temática da convergência da ADM com a ADSE, o Professor Pita Barros defende que “há que considerar uma distinção adicional, a diferença entre coberturas e garantias de proteção em caso de doença similares às da ADSE, como por exemplo a familiares e reformados, com as que são específicas, por motivo da natureza da sua atividade” (Barros, 2013b). Considera que “a parte de proteção de saúde referente a aspetos operacionais não é abrangida pelo SNS e, como tal deverá, ser paga pelo Estado, como parte da atividade militar. O que faz com que militares operacionais devam ter os seus custos de saúde considerados como parte do serviço do estado, mas não o dos seus familiares. Quanto a militares na reserva tenho dúvidas. Militares na reforma serão uma situação de segunda cobertura face ao SNS e como tal deverá ser pago pelos respetivos beneficiários” (Barros, 2016), deixando em aberto a questão da condição militar e a necessidade de considerar esta especificidade na solução final que venha a ser considerada.

Alguns militares têm demonstrado sentimentos de injustiça resultante do entendimento de haver uma contradição entre a atual situação de degradamento da ADM e as disposições legais associadas à condição militar, considerando que, de uma forma razoável, foram cumpridas até à publicação do Decreto-lei n.º 167/2005. É entendimento que até essa data, face à inexistência de descontos, à melhor qualidade dos serviços prestados pelos hospitais militares e à maior responsabilidade dos ramos na área da saúde, o militar estava desonerado de muitas das despesas que hoje é obrigado a suportar (Coelho, 2014, p. 43).

3.2. O regime optativo e impacto na sustentabilidade da ADM

O artigo 4.º do Decreto – lei n.º 167/2005 dispõe que a inscrição na ADM é obrigatória para os beneficiários titulares militares do QP, para os militares em RC, alunos dos estabelecimentos de ensino militar (Academia Militar, Academia da Força Aérea e Escola Naval) e o pessoal militarizado da Marinha e Exército. Para todos os outros beneficiários, que se inserem na categoria de beneficiários titulares e beneficiários familiares, a inscrição na ADM é facultativa.

No âmbito da convergência dos SSP, o regime optativo é um dos pontos que difere da ADSE, na medida em que a inscrição na ADSE é facultativa, não podendo contudo haver nova inscrição, neste ou noutro qualquer subsistema público, caso renuncie à condição de beneficiário.

O regime optativo, à semelhança da ADSE, é um dos aspetos que gera discórdia no seio militar, gerando, conforme demonstrado na amostra inquirida, o sentimento que face à condição militar tem que haver algo que distinga os militares dos demais funcionários



públicos. O Diretor da ADM refere que é questionável se a discriminação é positiva ou negativa, pois um funcionário público tem a possibilidade de analisar e decidir se quer pagar ou não o seu subsistema, sob pena de se arrepender mas é uma opção que lhe assiste. Por seu lado, os militares não têm essa opção, logo pode até considerar-se que há discriminação, mas pela negativa.

Pedro Pita Barros defende que “o desconto que corresponde a segunda cobertura [cobertura extra às necessidades operacionais do militar, beneficiários familiares e militares na reforma] deveria ser opcional” (Barros, 2016).

Para o General Loureiro dos Santos a “condição militar não está a ser respeitada [...] e que [...] o regime optativo não altera a questão de fundo, ela continua a mesma” (Santos, 2016).

Da amostra inquirida, constata-se que a maioria, embora não significativa, escolhia não descontar para a ADM, caso fosse em regime optativo, conforme representado na tabela 10 e figura 6.

Tabela 10 – Regime Optativo

Caso a adesão à ADM fosse em regime optativo o que escolhia?		
	Frequência	Percentagem
Descontar para a ADM	405	39,9 %
Não descontar	427	42,1 %
NS/NR	183	18,0 %
N = 1015		

Fonte: (autor, 2016)



Figura 6 – O regime optativo

Fonte: (autor, 2016)



Considerando que os descontos para a ADM correspondem a 3,5% dos rendimentos, é pertinente para a análise da sustentabilidade do subsistema analisar quem, caso pudesse optar, não descontava para a ADM e avaliar o impacto nas receitas.

Verificou-se, conforme tabela 11 que os beneficiários que optariam por não descontar para a ADM são maioritariamente do Ativo – QP e da Classe de Oficiais, ou seja correspondem à categoria de beneficiários que mais descontam para a ADM, o que poderia de alguma forma afetar a sustentabilidade do sistema. Seria interessante analisar a questão do regime optativo em função da faixa etária.

Tabela 11 – O Regime Optativo face à situação e classe do militar

Caso a adesão à ADM fosse em regime optativo o que escolhia?					
		Descontar para a ADM	Não descontar	NS/NR	Total
Situação Militar	Ativo – QP	324	366	157	847
	Ativo – RC	59	52	20	131
	Reserva	21	9	7	37
Classe	Praças	24	27	9	60
	Sargentos	175	191	67	433
	Oficiais	206	209	107	522
N = 1015					

Fonte: (autor, 2016)

Esta intenção é corroborada pela perceção do desconto mensal face às contrapartidas que a ADM disponibiliza. A maioria, cerca de 81,50% perceciona o desconto mensal como elevado.

Tabela 12 – Desconto Mensal face às contrapartidas

Como considera o seu desconto mensal para a ADM, face às contrapartidas que usufrui?				
Escala	Classe			%
	Praças	Sargentos	Oficiais	
Baixo	3	17	19	4,08%
Adequado	13	47	67	12,87%
Elevado	40	367	427	81,50%
NS/NR	4	2	9	1,45%
N = 1015				

Fonte: (autor, 2016)

Caso o regime optativo fosse uma possibilidade, 44,6% dos inquiridos (N = 453) trocava a ADM por um seguro de saúde ou plano similar.

Tabela 13 – ADM ou Seguro de Saúde/Plano Similar

Trocaria a ADM por um seguro ou plano de saúde similar?			
	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Sim	453	44,6 %	44,6 %
Não	387	38,1 %	82,8 %
NS/NR	175	17,2 %	100,0 %
N = 1015			

Fonte: (autor, 2016)

Destes (N = 453), quando inquiridos “Que valor (% do seu ordenado) considera adequado para um seguro ou plano de saúde similar à ADM?”, a maioria, cerca de 48% considera aceitável descontar entre 1% e 2%, conforme figura 7.

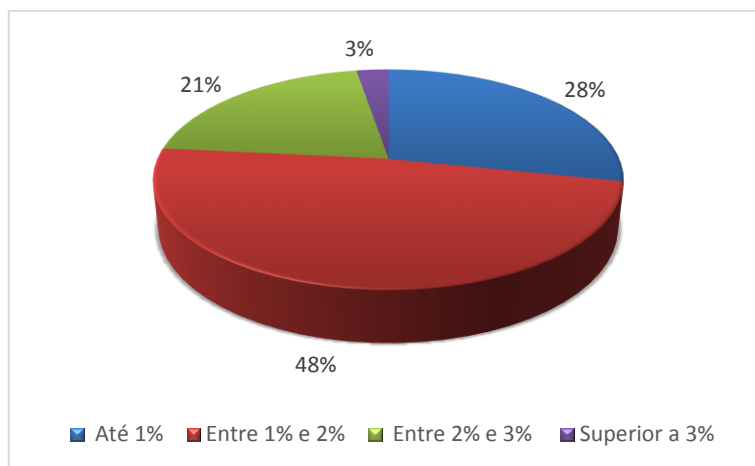


Figura 7 – Valor a descontar para um seguro de saúde

Fonte: (autor, 2016)

3.3. A ADM e a Condição Militar: percepção dos militares

O militar, conforme referido anteriormente, devido à sua condição militar, tem consagrada na lei uma discriminação positiva no que à assistência a doença para si e sua família respeita. Contudo, com as consecutivas alterações ao enquadramento legal da ADM (sob o pretexto da crise) e consequente necessidade de racionalizar recursos, têm-se verificado um gradual degradar do subsistema e, eventualmente, incumprimento das disposições legais relativamente à condição militar e assistência na doença.

A ADM não deve ser considerada um subsistema de saúde, mas sim aquilo que na realidade é, ou seja, um sistema complementar ao regime geral que todo o cidadão tem direito, o SNS.

O militar tem direito a usufruir do SNS porque paga os seus impostos como os outros cidadãos e, nos termos da LGBCM, tem também direito a uma discriminação positiva, como



forma de compensar os deveres e as restrições de direitos e garantias a que está sujeito. A ADM, financiada pelas quotas dos beneficiários destina-se a outra finalidade, a de garantir a livre escolha e o apoio à utilização de recursos de excelência ou especializados, não existentes no SNS (Matias, 2016). Com o autofinanciamento do subsistema, o militar não tem qualquer discriminação positiva, podendo mesmo considerar-se que tem uma discriminação negativa, uma vez que são os seus descontos, de carater obrigatório, que garantem a sustentabilidade da ADM. No caso da família militar não há qualquer regalia, na medida em que também financia o subsistema, exceto os casos previstos legalmente. Estes factos são agravados pelo assumir de despesas pela ADM, pagas com os descontos dos militares, que deveriam ser responsabilidade do SNS, para o qual os militares também descontam através dos seus impostos.

Apesar de alguma insatisfação, a amostra quando inquirida sobre se “os cuidados e serviços de saúde que a ADM lhe proporciona são os adequados às suas necessidades e da sua família?”, cerca de 67% respondeu que são adequados e 26% considera-os inadequados. Contudo, a maioria discorda com o autofinanciamento da ADM, com recurso exclusivo aos descontos dos militares, conforme tabela 14 e, consequentemente com o facto de ser o próprio militar a garantir uma discriminação positiva que está estabelecida por lei, conforme tabela 15.

Tabela 14 – Concordância com o autofinanciamento da ADM

As disposições legais aprovadas nos últimos tempos apontam para o autofinanciamento da ADM, com recurso exclusivo aos descontos dos seus beneficiários. Concorda?					
	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo, com reservas	Concordo plenamente	NS/NR
Praças	16,7%	16,7%	26,7%	8,3%	31,7%
Sargentos	34,4%	26,1%	28,6%	5,1%	5,8%
Oficiais	26,8%	31,6%	26,8%	7,1%	7,7%
Total	29,5%	28,4%	27,6%	6,3%	8,3%

Fonte: (autor, 2016)

Tabela 15 – Concordância com o autofinanciamento da ADM II

Com o autofinanciamento da ADM é o militar que garante esta discriminação positiva. Concorda?			
	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
SIM	319	31,4 %	31,4 %
NÃO	538	53,0 %	84,4 %
NS/NR	158	15,6 %	100,0 %
N = 1015			

Fonte: (autor, 2016)



De um modo geral verificou-se que os inquiridos percecionam¹² que o atual funcionamento da ADM não é compatível com as disposições legais da Condição Militar e percecionam que a assistência na doença aos militares, especialmente do ativo, deveria ser garantida pelo Estado. Realçam a justiça da ADM ser, parcialmente financiada pelos descontos, mas que a obrigatoriedade dos mesmos lesa o militar que não tem opção e por outro lado, os montantes associados são elevados. Referem também que, o facto de os beneficiários recorrerem à ADM alivia o SNS, devendo por isso haver o ressarcimento da ADM na parte correspondente a esses encargos.

Tabela 16 – Concordância com o autofinanciamento da ADM II

Considera que o autofinanciamento da ADM coloca em causa a condição militar e a sua especificidade?			
	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulativa
Não coloca em causa	155	15,3	15,3
Coloca parcialmente em causa	418	41,2	56,5
Coloca totalmente em causa	344	33,9	90,3
NS/NR	98	9,7	100,0
N = 1015			

Fonte: (autor, 2016)

Os militares referem que a condição militar é um conceito muito mais lato e abrangente que não deve naturalmente esgotar-se na questão da saúde militar. O autofinanciamento da ADM não coloca em causa o que é ser militar e a especificidade do seu serviço, mas defrauda as suas expectativas e é um incumprimento da lei, considerando as disposições da LBGECM.

A maioria dos inquiridos considera que a condição militar está a ser, pelo menos parcialmente, colocada em causa com o autofinanciamento da ADM. Somente 15,3 % considera que não está em causa a condição militar e destes destaca-se que a classe de Oficiais é a mais representativa.

Tabela 17 – O autofinanciamento da ADM e a Condição Militar

Considera que o autofinanciamento da ADM coloca em causa a condição militar e a sua especificidade?				
	Total	Classe		
		Praças	Sargentos	Oficiais
Não coloca em causa	15,30%	5,2%	36,8%	58,1%
Coloca parcialmente em causa	41,20%	6,0%	40,7%	53,3%
Coloca totalmente em causa	33,90%	2,3%	48,8%	48,8%
NS/NR	9,70%	19,4%	38,8%	41,8%

Fonte: (autor, 2016)

¹² Em Apêndice F encontra-se a síntese da análise de conteúdo dos comentários efetuados pelos inquiridos.

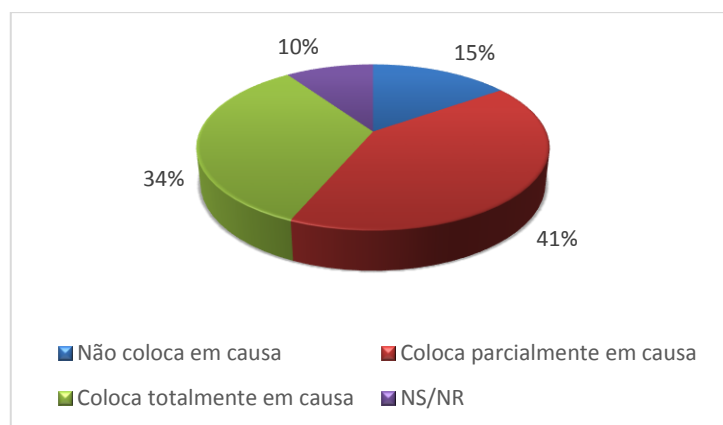


Figura 8 – A Condição Militar e o autofinanciamento da ADM

Fonte: (autor, 2016)

Para Mendes (2016), “o que diferencia o militar dos restantes prestadores de serviço do Estado, funcionários públicos, é que aquilo que o militar paga para a ADM. Devia ser entendido como uma existência mutualista para a família militar, ou seja, em abstrato o militar solteiro e bom rapaz, sem qualquer encargo teoricamente nem deveria pagar nada! Pois se não paga munições, porque há-de pagar seringas? Ou seja, a função sanitária é uma função de combate, por isso se é função de combate, tudo aquilo que é o garante da operacionalidade do militar, de ter um ativo pronto para combate, não deve ser pago pelo próprio, deve ser um encargo do Estado”.

3.4. Síntese Conclusiva

A LBGECM estabelece especiais direitos e compensações para o militar como compensação aos deveres e restrições a que está sujeito pela condição militar, prevendo uma discriminação positiva que contempla, entre outras coisas, a assistência na doença.

O desconto obrigatório para os beneficiários da ADM, exceto os previstos legalmente, é um dos pontos de diferenciação com a ADSE, onde o regime optativo é a regra. Constatou-se que, caso vigorasse o regime optativo a maioria, embora não significativa, optava não descontar para a ADM, sendo essa opção expressiva na classe de Oficiais o que pode de alguma forma afetar a sustentabilidade do sistema.

Concluimos que a maioria dos beneficiários considera o desconto mensal elevado, face às contrapartidas que a ADM disponibiliza, contudo apesar de alguma insatisfação consideram que os cuidados e serviços de saúde que a ADM lhe proporciona são os adequados às suas necessidades e da sua família.



A aplicação do regime optativo colocaria em causa o autofinanciamento da ADM, na medida em que os dados apontam que parte considerável dos beneficiários optaria por não descontar para a ADM.

Com o autofinanciamento da ADM a condição militar está, embora que parcialmente, a ser colocada em causa, o que transforma a questão da ADM e sua gestão um tema nas agendas do dia.

De um modo geral verificou-se que os inquiridos percecionam que o atual funcionamento da ADM não é compatível com as disposições legais da Condição Militar e percecionam que a assistência na doença aos militares, especialmente do ativo, deveria ser garantida pelo Estado.



Conclusões

Os SSP públicos nos últimos tempos voltaram a estar na agenda do dia. A evolução da ADM, enquanto SSP não é um assunto simples, do ponto de vista político, processual ou técnico, tendo havido alterações significativas nos últimos tempos que levaram à discórdia e críticas de alguns setores, civis e militares. As alterações levaram à convergência da ADM com a ADSE e tiveram como propósito o autofinanciamento da ADM.

Relativamente à ADM, as críticas à convergência com a ADSE relacionam-se com a condição militar e as disposições legais da LBGECM, que contempla uma discriminação positiva face aos deveres e restrições impostos pela condição militar. Embora os militares considerem que a condição militar não se esgota na questão da assistência na saúde, este é um pilar dessa mesma condição e, por isso, a sua degradação representa também uma degradação da condição militar, sendo percecionado como um incumprimento legal.

É nosso entendimento que a comparação da ADM com a ADSE é quase que abusiva, na medida em que os seus beneficiários e as suas necessidades são completamente díspares, pelo que não se deve comparar o que não é igual, contudo a reestruturação da ADM acontece na senda da vontade política de equiparar todos os SSP.

O presente trabalho de investigação surgiu numa altura em que a temática está em plena discussão e foi elaborado de forma a analisar a sustentabilidade da ADM, através do autofinanciamento e em que medida esta situação coloca em causa as disposições legais relativas à condição militar. A QC formulada para orientar todo o trabalho foi “Em que medida a ADM é sustentável e autofinanciável, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários?”.

A primeira ação deste trabalho foi conhecer a problemática, recorrendo para tal à revisão da literatura e à realização de entrevistas exploratórias, sendo de imediato notória, face à dispersão de dados, a necessidade de delimitar a investigação no tempo e definir claramente os conceitos em estudo, de forma a permitir a análise coerente dos dados e retirar conclusões fundamentadas. Assim, elaborou-se o quadro conceptual baseado em dois conceitos estruturantes: autofinanciamento e condição militar. O autofinanciamento é analisado nas dimensões: despesa processada e fontes de financiamento, enquanto a condição militar é analisada nas dimensões: regime optativo, beneficiários e perceção de satisfação.

A metodologia seguida assentou no método dedutivo e numa estratégia mista, em que além de uma vasta revisão de literatura, análise documental e entrevistas, se recorreu à



aplicação de um questionário aos beneficiários titulares da ADM, de modo a dar consistência à análise e atingir os objetivos traçados. A investigação decorreu em três fases: exploratória, analítica e conclusiva, terminando com a apresentação deste trabalho escrito. Da QC formulada derivaram quatro QD, às quais se tentou dar resposta durante este trabalho.

Relativamente à QD1: “Quais são as despesas suportadas pela ADM?”, verificamos que a ADM suporta encargos com assistência na doença, ao militar e família militar, de várias entidades e nas modalidades definidas legalmente. Concluímos que suporta encargos variados que não são da sua responsabilidade, devendo ser financiados pelos Ramos ou por fundos públicos, com origem em receitas gerais do Estado, para as quais os beneficiários da ADM já contribuem através do pagamento de impostos. Estes encargos provocam um significativo aumento dos encargos suportados e, com o autofinanciamento do subsistema, colocam o ônus do pagamento no beneficiário, sujeitando-o a uma dupla tributação do seu rendimento. São exemplo destes encargos, a faturação relativa à saúde assistencial, que engloba todos os atos relativos ao militar que não sejam solicitados pela sua unidade militar, faturação de em medicação hospital de dia, emitida pelo LMPQF e encargos da responsabilidade do SNS ou SRS.

A ADM tem duas fontes de financiamento: transferências da SGMDN, para fazer face às despesas no âmbito da Portaria 1034/2009 de 11 de setembro e os descontos dos beneficiários. No período em análise verificou-se um ajustamento do modelo de financiamento, com vista ao autofinanciamento da ADM, em que houve uma redução significativa das transferências, por contrapartida do aumento dos descontos dos beneficiários. Este ajustamento foi acompanhado, em paralelo, de um aumento das despesas processadas pela ADM.

Relativamente à QD2: “Para fazer face às despesas necessita a ADM de transferências orçamentais?”, concluímos que a ADM necessita de transferências do Orçamento de Estado para fazer face aos encargos assumidos. Tal facto advém não só do insuficiente financiamento por contrapartida dos descontos, mas também pelo facto de a ADM suportar encargos que são responsabilidade do Estado e não dos beneficiários da ADM. A existência e a utilização da ADM pelos seus beneficiários diminuem a pressão sobre o SNS e os SRS, sendo por isso, por nós considerado, de elementar justiça que a ADM seja ressarcida do valor respetivo, uma vez que os beneficiários mantêm o direito de usufruir do SNS, por contrapartida dos impostos que pagam.



Relativamente ao impacto que o autofinanciamento da ADM tem na percepção dos militares sobre a condição militar, após análise das entrevistas e questionário, concluímos que os militares consideram que a condição militar não se esgota na assistência na doença, mas estão, sem dúvida, relacionadas e a sua degradação representa também o degradar da condição militar e daquilo que a ela está associado. Os militares percebem que, face às contrapartidas que atualmente a ADM possibilita, o desconto de 3,5% do seu vencimento é muito elevado, havendo no mercado seguros de saúde mais aliantes e financeiramente vantajosos, o que levaria grande parte a optar por não descontar para a ADM, caso o regime optativo fosse uma possibilidade, à semelhança da ADSE.

Assim, respondendo à QD3: “O regime optativo coloca em causa o autofinanciamento da ADM?”, concluímos que o autofinanciamento da ADM é colocado em causa caso seja instituído o regime optativo.

Relativamente à QD4: “Com o autofinanciamento da ADM os preceitos da condição militar são cumpridos?”, concluímos que há a percepção que a condição militar está a ser, pelo menos parcialmente, colocada em causa com o autofinanciamento da ADM.

Este trabalho permitiu perceber que a sustentabilidade da ADM é um assunto complexo e, indo ao encontro do objetivo do trabalho e de forma a responder à QC “Em que medida a ADM é sustentável e autofinanciável, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários?”, concluímos que a ADM, nos moldes atuais, não é um sistema sustentável, com recurso exclusivo aos descontos dos seus beneficiários. Eventualmente, caso consiga efetuar a segregação das despesas, imputando os custos às entidades corretas, talvez a ADM seja sustentável, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários, à semelhança dos restantes SSP.

Apresentadas as principais conclusões desta investigação, importa identificar os contributos para o conhecimento que proporcionou e listar algumas recomendações, como forma de contribuir para o desenvolvimento da ADM.

A ADM – que futuro?, é um tema atual, pertinente e de interesse para todos os militares e a discussão do seu papel e do seu futuro tem que considerar forçosamente diferentes aspetos, que foram abordados ao longo da presente investigação. Consideramos que este “olhar” sobre a possibilidade de autofinanciamento da ADM e o seu impacto na condição militar não só foi abrangente, como identificou questões particulares e características exclusivas do subsistema que certamente alguns desconheciam. Permitiu vislumbrar que há necessidade de reorganização e clarificação processual, coordenação e cooperação entre as diversas



entidades intervenientes, mas acima de tudo sensibilizar os beneficiários para a necessidade de se inteirarem de todo o processo como os seus descontos são geridos, para que o seja de forma equitativa, eficaz e eficiente.

A ADM não se substitui ao SNS, mas funciona como meio complementar a este. Não possui uma rede própria de serviços e não presta diretamente serviços de saúde, mas facilita o seu acesso, mediante o pagamento de determinada contribuição (desconto obrigatório).

A ADM não cria desigualdades, porque esta facilitação do acesso tem como contrapartida, para quem o possui, um desconto obrigatório que não é efetuado por quem não tem este acesso facilitado. Considerando as disposições legais associadas à condição militar, consideramos que a desigualdade é criada pela obrigatoriedade deste desconto para os militares, pelo menos do ativo, uma vez que têm que se manter operacionais para o cumprimento da missão e essa é uma responsabilidade partilhada com a entidade patronal, no caso o Estado. Obviamente que coberturas adicionais à manutenção da operacionalidade devem ser responsabilidade do próprio, devendo ser uma opção sua descontar ou não, neste caso.

Face à especificidade da condição militar, há que considerar uma distinção adicional face à ADSE, a diferença entre coberturas e garantias de proteção em caso de doença similares às da ADSE, como as que cobrem familiares e reformados e, as que são específicas das FA por motivo da natureza da sua atividade, não se devendo enquadrar estas na responsabilidade da ADM, mas sim do Estado, enquanto entidade empregadora, justificando-se assim a necessidade do SSM.

Merece aqui realce a necessidade de apostar na modernização e prestação de cuidados de excelência no HFAR, como forma de promover a identidade e valores militares, havendo assim uma diferenciação dos restantes funcionários públicos. Deve haver um esforço de aliciar o militar e família militar a frequentar o HFAR, mas tal só se consegue com um tratamento no mínimo idêntico ao oferecido pela rede de convencionados, o que atualmente não acontece.

É convicção do investigador que o futuro dos SSP seguirá numa das seguintes direções: a) como um sistema de cobertura alternativa ou b) como um sistema de cobertura suplementar. Não consideramos que a extinção seja uma hipótese viável para os SSP.

A primeira opção, a ADM como alternativa ao SNS, implica que a ADM deve contratar e pagar todos os cuidados de saúde prestados aos beneficiários, qualquer que seja a natureza, pública ou privada, do prestador desses cuidados. Esta opção constitui a ADM



como uma cobertura integral das necessidades dos seus beneficiários e implica uma redefinição do seu modo de financiamento, que deverá conter uma transferência orçamental do SNS (e não transferências diretas do Orçamento de Estado) correspondente aos encargos estimados do SNS com os beneficiários da ADM. Esta opção claramente estabelece relações financeiras entre os fundos públicos e a ADM. Embora esta seja uma possibilidade, entendemos que não será esta a direção, uma vez que contraria as intenções políticas dos últimos anos, ou seja a ADM como sistema complementar e autofinanciado.

A segunda direção é bastante diferente. A ADM é assumida como um sistema de saúde de cobertura complementar ao SNS, sendo o seu financiamento integralmente suportado pelos descontos dos beneficiários. As coberturas abrangidas como complementares devem ser redefinidas, havendo uma clara definição do que englobam e qual o custo suportado pelo beneficiário, sendo sua escolha usufruir ou não.

Esta opção implica a definição dos moldes em que será a gestão do sistema. Assim, é nossa convicção que o modelo de gestão da ADM será similar ao da ADSE, que será definido pela comissão¹³. Consideramos que será uma das seguintes soluções: a) transformação numa associação mutualista e b) manutenção da ADM num Instituto Público, mas com gestão participada.

A ADM como associação mutualista parece ser a solução, pois acompanhará a reforma da ADSE e esta será, como referiu Pedro Pita Barros, a opção estudada pela comissão, uma vez que estudará apenas a proposta constante do programa do governo – mutualização progressiva da ADSE, abrindo a sua gestão a representantes legitimamente designados pelos seus beneficiários, pensionistas e familiares, embora tenha afirmado que a comissão terá também em conta as recomendações constantes da auditoria do TdC à ADSE.

Esta solução transforma os SSP num grande seguro de saúde “privado”, cuja responsabilidade financeira é totalmente dos beneficiários, por isso a sua gestão deve ser alvo de elevado controlo pelos beneficiários, de forma a evitar o “controlo absoluto por um grupo reduzido de pessoas”, podendo tornar-se num poderoso instrumento de degradação do SNS, favorecendo os grandes grupos privados de saúde. Por outro lado desresponsabiliza

¹³ O Despacho nº 3177-A/2016 de 1 de março, do Ministro da Saúde determina a criação na dependência do Secretário de Estado da Saúde, da Comissão de Reforma do modelo de ADSE, cujo presidente é o Prof. Doutor Pedro Pita Barros. A Comissão terá de apresentar, até ao dia 30 de junho de 2016, uma proposta de projeto de enquadramento e regulação que contemple a revisão do modelo institucional, estatutário e financeiro da ADSE, de acordo com o previsto no Programa do Governo e, tendo em conta, as Recomendações do Tribunal de Contas, aquando da auditoria em 2015.



totalmente o Estado, o que no caso da ADM implica, como referido anteriormente, uma clara destrição de saúde operacional e assistencial.

A manutenção da ADM num I.P., mas com gestão participada, é a solução que implica menores transformações face à situação atual e permite a intervenção dos próprios beneficiários.

A nomeação dos membros do conselho diretivo deste I.P. de gestão participada, embora responsabilidade governamental, deveria contemplar a sua aceitação pelos beneficiários contribuintes, através de entidade sua representante, eventualmente associação de beneficiários, que deveria poder, se quisessem, propor os nomeáveis. A Lei dos Institutos Públicos contempla esta possibilidade no seu art.º 47, em que dispõe “Nos institutos públicos em que, por determinação constitucional ou legislativa, deva haver participação de terceiros na sua gestão, a respectiva organização pode contemplar as especificidades necessárias para esse efeito, nomeadamente no que respeita à composição do órgão directivo”.

De forma a garantir uma gestão mais rigorosa, eficiente e de acordo com os interesses dos beneficiários, deveria existir uma entidade – “Conselho Geral de Supervisão” - com amplos poderes de fiscalização da atividade do conselho diretivo, (o TdC defende até o direito de veto em algumas matérias). Seria sua responsabilidade a definição das grandes orientações para a ADM e supervisão da gestão, sendo constituído por representantes dos beneficiários titulares e por eles nomeados.

Qualquer que seja o caminho escolhido para o futuro da ADM, devemos realçar que será sempre uma decisão ao nível político, podendo e devendo a entidade gestora da ADM e os seus beneficiários participar e aconselhar na tomada de decisão. Em termos de caminho, há que identificar o “que está mal”, introduzir correções, perspetivar novas formas de fazer melhor, por análise e *benchmarking* atingir, numa primeira fase, o equilíbrio financeiro e a sustentabilidade e, posteriormente, uma melhoria dos serviços oferecidos.

É essencial que haja o esforço de destriçar inequivocamente o que é saúde operacional e saúde assistencial, clarificando que a ADM deve somente responsabilizar-se pela saúde assistencial.

Os beneficiários ao invés de estarem preocupados com pretensas intenções de fusão ou convergência dos subsistemas, havendo quem defenda que o objetivo último é a sua privatização, devem focar-se e lutar pela manutenção da autonomia da ADM, como sistema complementar, no interesse dos beneficiários, definindo muito bem o que é suportado pelo SNS, pelo Estado e o que é imputado ao sistema, ou seja ao beneficiário.



O importante é, sem descaraterizar ou desvirtuar a essência da ADM, criar sinergias para a obtenção de melhores resultados, obter consensos e atingir protocolos/convenções mais sustentadas, para que haja uma gestão racional e transparente dos recursos ao dispor.

A presente investigação não foi isenta de limitações, podendo de alguma forma, as limitações, ter interferências nos resultados obtidos.

Uma das limitações reconhecidas foi a dificuldade de recolher dados, essencialmente os de cariz financeiro, na instituição em estudo, pois o facto de não estarem concentrados numa única entidade, levou a que fossem fornecidos dados díspares para uma mesma solicitação, levando o investigador a aprofundar a recolha de dados e efetuar a sua comparação entre as diversas fontes.

Constitui-se também, como uma limitação, o facto de ser uma investigação em ambiente organizacional militar, na medida em que qualquer ação requeria todo um processo burocrático a fim de obter autorização, nomeadamente a divulgação do questionário, por via oficial, aos militares, resultando numa amostra mais representativa nuns ramos que noutros.

Apesar de todas as limitações consideramos que o objetivo foi atingido e que a presente investigação se constitui pertinente para a organização em estudo e para os militares em geral, ficando o mote para análises mais aprofundadas da temática e investigações futuras, que podem explorar alguns tópicos derivados dos objetivos analisados neste estudo, nomeadamente:

- Avaliar o custo/benefício do sistema ADM;
- Analisar a opção de desconto para o subsistema, nomeadamente na ótica da idade dos beneficiários e categoria de rendimentos do titular;
- Identificar e avaliar todos os custos suportados pela ADM, que legalmente devem ser imputados a outras entidades, analisando o seu impacto no orçamento.



Bibliografia

- ACSS, I.P., 2010. Procedimento a adotar pelas farmácias com receituário de beneficiários da ADSE, prescritos em unidades de saúde do SNS (Circular Normativa n.º 21/2010). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Assembleia da República, 2004. Aprova a lei quadro dos institutos públicos (Lei n.º 3/2004 de 15 de janeiro, Lisboa: Diário da República.
- Assembleia da República, 1989. Aprova as bases gerais do estatuto de condição militar (Lei n.º 11/89 de 1 de junho), Lisboa: Diário da República.
- Assembleia da República, 2010. Aprova o orçamento para o ano de 2011 (Lei n.º 55-A/2010 de 31 de dezembro), Lisboa: Diário da República.
- Assembleia da República, 2014. Estabelece o desconto de 3,5% da remuneração base dos beneficiários titulares (Lei n.º 30/2014 de 19 de maio), Lisboa: Diário da República.
- Barros, P. P., 2013a. MOMENTOS ECONÓMICOS... E NÃO SÓ. [Em linha] Disponível em: <https://momentoseconomicos.wordpress.com/category/subsistemas-de-saude/> [Acedido em 24 março 2016].
- Barros, P. P., 2013b. Economia da Saúde. 3 ed. Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P., 2016. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) - que futuro?. Entrevistado por Margarida Santos. Lisboa [Entrevista] (25 abril 2016).
- Carriço, M., 2013. Funcionários públicos vão descontar mais para a ADSE ainda este ano. Negócios Em linha, 3 maio .
- Cavaco Silva, 2016. Cavaco: "Lesar ou desvalorizar a condição militar é enfraquecer a Nação". DN Em linha, 17 fevereiro.
- Coelho, A., 2014. Paineis IV - A ADM - Gestão, custos e financiamento. Em: Livro do Seminário da Saúde Militar - Saúde Militar, que futuro?. LISBOA: AOFA.
- Conselho da Revolução, 1975. Altera o Regulamento da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (Portaria n.º 594/75, de 9 de Outubro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho da Revolução, 1981. Introdz alterações à Portaria n.º 67/75, de 4 de Fevereiro. (Portaria n.º 1119/81, de 31 de Dezembro), Lisboa: Diário da República.



- Conselho da Revolução, 1982a. Criação da Comissão Permanente de Assistência na Doença aos militares das Forças Armadas (Portaria n.º 661/82 de 02 de julho, Lisboa: Diário da República.
- Conselho da Revolução, 1982b. Estende o sistema assistencial (Decreto - lei n.º 434 - A 1/82 de 29 de outubro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 1976. Estabelece o conceito de Deficiente das Forças Armadas (DFA) (Decreto - lei n.º 43/76 de 20 de janeiro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 1983. Estabelece o funcionamento e esquema de benefícios da ADSE (Decreto - lei n.º 118/83 de 25 de fevereiro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 1990. Estabelece o regime jurídico das associações mutualistas (Decreto - lei n.º 72/90 de 3 de março), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 1992. Regula a assistência médica de grande especialização no estrangeiro (Decreto - lei n.º 177/92 de 13 de agosto), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 1999a. Aprova o regime jurídico das pensões de preço de sangue e por serviços excepcionais e relevantes prestados ao País (Decreto - lei n.º 466/99 de 6 de novembro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 1999b. Estabelece o conceito de grande deficiente do serviço efetivo normal (Decreto - lei n.º 250/99 de 7 de julho), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2005a. Aprova um conjunto de medidas tendentes à correcção do desequilíbrio das contas públicas (RCM n.º 102/2005 de 24 de junho), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2005b. Estabelece o regime jurídico da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (Decreto-lei n.º 167/2005 de 23 de setembro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2011. Tradução do conteúdo do MEMORANDO DE ENTENDIMENTO SOBRE AS CONDICIONALIDADES DE POLÍTICA ECONÓMICA, Lisboa: s.n.
- Conselho de Ministros, 2012. Estabelece a criação do IASFA, I.P (Decreto - lei n.º 193/2012 de 23 de agosto), Lisboa: Diário da República.



- Conselho de Ministros, 2013a. Aprova os estatutos do IASFA, I.P. (Portaria n.º 189/2013 de 22 de maio), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2013b. Introduce um aumento progressivo dos descontos a efetuar pelos beneficiários titulares (Decreto - lei n.º 105/2013 de 30 de julho), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2015a. Aprova o Estatuto dos Militares das Forças Armadas (Decreto - lei n.º 90/2015 de 29 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2015b. Atualiza o valor da retribuição mínima mensal garantida a partir de 1 de janeiro de 2016 (Decreto-Lei n.º 254-A/2015 de 31 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2015c. Determina o estudo de um modelo de governação transversal aos subsistemas de saúde públicos (RCM n.º 5/2015 de 22 de janeiro), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2015d. Estabelece as disposições necessárias à execução do Orçamento do Estado para 2015 (Decreto - lei n.º 36/2015 de 9 de março), Lisboa: Diário da República.
- Conselho de Ministros, 2015e. Procede à quarta alteração ao Decreto -Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro (Decreto - lei n.º 81/2015 de 15 de maio), Lisboa: Diário da República.
- Conselho dos Chefes dos Estados-Maiores das Forças Armadas, 1975. Aprova o Regulamento da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (Portaria 67/75 de 4 de Fevereiro), Lisboa: Diário da República.
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F., 2009. Fundamentos e Etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Gabinete do Secretário de Estado da Defesa Nacional, 2001. Estabelece o valor das quotas do IASFA (Despacho n.º 8232/2001 de 06 de abril), Lisboa: Diário da República.
- IASFA, 2010. Relatório de Atividades, Lisboa: IASFA.
- IASFA, 2011. Relatório de Atividades, Lisboa: IASFA.
- IASFA, 2012. Relatório de Atividades, Lisboa: IASFA.
- IASFA, 2013. Relatório de Atividades, Lisboa: IASFA.



- IASFA, 2014. Relatório de Atividades , Lisboa: IASFA.
- IASFA, 2015. Relatório de Atividades (Projeto), Lisboa: IASFA.
- IESM, 2014. Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos de Investigação. Lisboa: IESM.
- Instituto de Informática, 2016. Cartão Europeu de Seguro de Doença. [Em linha] Disponível em: <http://www.seg-social.pt/pedido-cartao-europeu-seguro-doenca> [Acedido em 15 maio 2016].
- Lusa, 2015. Governo: Cônjuges de militares no privado terão de pagar para usufruir do subsistema de saúde. DN, Issue Política.
- Marques, A. L., 2013. Governo aprova aumento dos descontos para a ADM. Negócios Online, 13 junho.
- Matias, G. R. X., 2016. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) - que futuro?. Entrevistado por Margarida Santos. Lisboa [Entrevista] (03 maio 2016).
- Mendes, P., 2016. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) - que futuro?. Entrevistado por Margarida Santos. Oeiras [Entrevista] (10 Maio 2016).
- Ministério da Defesa Nacional, 1984. Altera o Regulamento da Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (Portaria n.º 883/84 de 4 de dezembro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1992. Publicação das tabelas de comparticipação para a Assistência na Doença aos Militares(Despacho 115/92 de 20 de Outubro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2005. (Portaria 182/2005 de 15 de fevereiro), Lisboa: Diário da República .
- Ministério da Defesa Nacional, 2007a. Aprova o modelo de cartão de beneficiário do subsistema de apoio à doença aos militares das Forças Armadas (ADM) (Portaria 331/2007 de 21 de fevereiro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2007b. Regula o âmbito da assistência em caso de acidente de serviço e doença profissional (Portaria 1394/2007 de 25 de outubro), Lisboa: Diário da República.



- Ministério da Defesa Nacional, 2007c. Regula o regime dos acordos para a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários da assistência na doença aos militares das Forças Armadas (ADM) (Portaria 1396/2007 de 25 de outubro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2007d. Regula os termos de inscrição na ADM como Beneficiário Extraordinário (Portaria 1393/2007 de 25 de outubro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2007e. Regulamenta a Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) (Portaria n.º 284/2007 de 12 de março), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2008. Autoriza o conselho de direcção do IASFA a celebrar acordos no âmbito da ADM (Despacho n.º 21059/2008 de 12 de agosto), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015a. Altera a data de entrada em vigor do novo processo de faturação (Despacho 3702/2015 de 14 de abril), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015b. Defesa 2020. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015c. Define as regras de faturação do HFAR e restantes estruturas do SSM (Despacho n.º 139/2015 de 22 de outubro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015d. Estabelece um enquadramento conceptual entre “saúde operacional” e “saúde assistencial” (Despacho n.º 511/2015 de 19 de janeiro), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2012. Define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes (Portaria n. 142-B/2012 de 15 de maio) , Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2014. Regula os procedimentos relativos à prescrição dos serviços de cuidados técnicos respiratórios domiciliários (Despacho n.º 9405/2014 de 21 de julho), Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2015a. ADSE. [Em linha] Lisboa. Disponível em: https://www.adse.pt/document/Dec_Lei_118_83_versao_consolidada_e_atualizada_2015.pdf, [Acedido em 20 04 2016].



- Ministério da Saúde, 2015b. Aprova a criação do Colégio de Governo dos Subsistemas Públicos de Saúde (Decreto - lei n.º 154/2015), Lisboa: Diário da República.
- Ministério das Finanças, 2011. Memorando de Entendimento entre os Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde sobre os encargos dos beneficiários da ADSE na RNCCI , Lisboa: s.n.
- Parlamento Europeu, 2004. Coordenação dos sistemas de segurança social (Regulamento (CE) N.º 883/2004 de 29 de Abril), Estrasburgo: Jornal Oficial da União Europeia.
- Parlamento Europeu, 2009. Estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004 (Regulamento (CE) n.º 987/2009 de 16 de setembro), Estrasburgo: Jornal Oficial das Comunidades Europeias.
- Pinto, L. V., 2012. A condição militar. Público.
- Presidência do Conselho, 1973. Estabelece aos militares dos quadros permanentes dos três ramos das Forças Armadas o direito a assistência sanitária (Decreto - lei n.º 585/73 de 6 de novembro), Lisboa: Diário da República.
- Priberam, 2015. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. [Em linha] Disponível em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>, [Acedido em 13 12 2015].
- Ramalho, J. L. P., 2014. Encerramento – General Pinto Ramalho (ex-CEME). Em: Livro do Seminário da Saúde Militar - Saúde Militar, que futuro?. Lisboa: AOFA.
- Santos, J. A. L., 2016. Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) - que futuro?. Entrevistado por Margarida Santos. Carnaxide [Entrevista] (17 fevereiro 2016).
- SGMDN, 2015. Autorização de despesa - ADM (Despacho n.º SGMDN/2015/241), Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Tribunal de Contas, 2015. Sumário Executivo do Processo n.º 11/2014 - Auditoria à ADSE (Relatório n.º 12/2015 – 2ª Secção, Volume I), Lisboa: Tribunal de Contas.
- Yin, R., 2005. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos, Porto Alegre: Bookman.

Apêndice A — Modelo de Análise

Tabela 18 – Modelo de análise

Tema: Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) – Que futuro?										Introdução		
Objetivo Geral:Analisar a sustentabilidade do sistema ADM, com recurso exclusivo às contribuições dos beneficiários.												
Objetivos Específicos		Pergunta de partida: Em que medida a ADM é sustentável e autofinanciável, com recurso exclusivo aos descontos dos beneficiários?								CAP I - Enquadramento Metodológico Teórico e Concetual		
		Perguntas derivadas		Conceitos	Dimensões		Componentes	Indicadores	Ferramentas			
OE1	Analisar a natureza das despesas suportadas pela ADM	PD1	Quais as despesas suportadas pela ADM?	Autofinanciamento	Despesa processada		Regime Convencionado	Montante de Despesas processadas e liquidadas	Relatórios de Atividades, Demonstração de Resultados, Orçamento de Estado, Documentos legais e Análise documental	CAP II - Sustentabilidade da ADM		
							Regime Livre					
							Medicamentos					
							Instituições Militares					
							CAS					
							SNS/SS					
OE2	Analisar a capacidade financeira da ADM para suportar as despesas.	PD2	Para fazer face às despesas a ADM necessita de transferências orçamentais?		Fontes de Financiamento		Transferências SGMDN	Montante das Transferências Orçamentais da SGMDN				
							Quotização	Montante dos descontos				
							Beneficiários Contribuintes	% de Beneficiários contribuintes				
OE3	Avaliar em que medida o regime optativo coloca em causa o autofinanciamento da ADM.	PD3	O regime optativo coloca em causa o autofinanciamento da ADM?	Condição Militar	Regime Optativo	Beneficiários	Opção de desconto para a ADM	% titulares que defende o Regime Optativo	Entrevista Semiestruturada, Questionário, Documentação Legal e Análise Documental	CAP III - ADM e a Condição Militar		
OE4	Avaliar em que medida as alterações aos diplomas que regulam a ADM afetam a condição militar e influenciam a opção por outro regime	PD4	Como o autofinanciamento da ADM os preceitos da condição militar são cumpridos?		Perceção			% de beneficiários que optam pela ADM				
											Discriminação positiva	% titulares que defende o Regime Optativo
										EMFAR, LBGECM		
										Conclusões e Propostas		

Fonte: (Autor, 2016)



Apêndice B — Corpo de Conceitos

Para melhor compreensão do objeto em estudo há necessidade de identificar e descrever os conceitos orientadores da investigação. Assim, alguns dos conceitos utilizados, são-no na ótica que a seguir se apresenta:

Tabela 19 – Corpo de Conceitos

Conceito	Definição
Associação mutualista	“São instituições particulares de solidariedade social com um número ilimitado de associados, capital indeterminado e duração indefinida que, a partir da quotização dos seus associados, praticam, no interesse destes e das suas famílias, fins de auxílio recíproco. (...) Pressupõem a concessão de benefícios de segurança social e de saúde destinados a reparar as consequências da verificação de factos contingentes relativos à vida e à saúde dos associados e seus familiares e a prevenir, na medida do possível, a verificação desses factos.” (Conselho de Ministros, 1990).
Autofinanciamento	Capacidade de o subsistema ADM se financiar exclusivamente com receitas próprias, geradas pelos descontos - retenções às remunerações e pensões - dos beneficiários.
Beneficiário	Todo o individuo que tem direito a usufruir do subsistema ADM, sendo-lhe atribuído, para o efeito, um número e um cartão.
Beneficiário Associado	Cônjuge, ou equiparado, dos beneficiários titulares da ADM, que não usufrua ou que não tenha renunciado à qualidade de beneficiário titular de outro subsistema público de assistência na doença de outro subsistema público (Conselho de Ministros, 2015).
Beneficiário Extraordinário	Beneficiário familiar com ligação à Função Pública que optou pela ADM ao invés da ADSE.
Condição Militar	Princípios orientadores do cumprimento e exercício do conjunto de deveres, obrigações e direitos dos militares dos quadros permanentes em qualquer situação e dos restantes militares enquanto na efetividade de serviço (Assembleia da República, 1989).
Convergência	“Tendência de várias coisas para se fixarem num ponto ou se identificarem” (Priberam, 2015). No contexto da investigação, entende-se por convergência a intenção política de equipar a ADM ao regime geral, a ADSE, relativamente aos descontos e equiparação das tabelas de participações, conforme disposto na RCM n.º 102/2005 de 24 de junho.
Desconto	Encargo suportado pelos beneficiários com o financiamento do sistema. Incide sobre as remunerações dos beneficiários no ativo e sobre as pensões de reforma e de aposentação dos aposentados. O desconto constitui receita própria da ADM
Despesa Paga	Engloba todos os encargos que, independentemente da data de processamento pela DSADM, foi paga pelo GPGFO, num determinado período temporal, no caso um ano económico.
Despesa Processada	Engloba todos os encargos que, independentemente da data de receção e data da fatura, foram processados pela ADM num determinado período temporal. Na presente investigação considera-se toda a despesa processada informaticamente pela DSADM no período de um ano económico.



Discriminação positiva	Face à condição militar e como contrapartida dos inúmeros deveres e restrições aos direitos, liberdades e garantias a que estão sujeitos todos os militares é-lhes concedida uma discriminação positiva, ou seja “especiais direitos, compensações e regalias, designadamente nos campos da segurança social, assistência, remunerações, cobertura de riscos, carreira e formação” (Assembleia da República, 1989).
Fonte de Financiamento	Entende-se por fonte de financiamento a origem dos fundos que a entidade gestora da ADM usa para pagamento das respetivas despesas. Pode ser por transferências orçamentais - transferências do orçamento de Estado ou receitas próprias - contribuições dos beneficiários.
Fusão	Corresponde à união dos três subsistemas de saúde específicos de cada ramo das FFAA, que existiram até 2005, conforme disposto no Decreto-lei 167/2005 de 23 de setembro. O termo fusão não se aplica na ótica da união ADM com a ADSE, sendo nesse caso utilizado o termo “convergência”.
Regime Convencionado	Regime que garante aos beneficiários o acesso a um conjunto de serviços ou cuidados de saúde, regulado por acordos ou convenções celebrados com prestadores (individual ou empresarial) de cuidados de saúde, onde previamente se estabelecem a abrangência dos cuidados, as regras a cumprir, o preço a praticar e consequente copagamento do beneficiário.
Regime Livre	Regime que garante aos beneficiários o acesso a cuidados de saúde, em entidades (individual ou empresarial) não convencionadas mediante um mecanismo em que o beneficiário financia a totalidade da despesa, sendo, posteriormente, reembolsado de parte ou da totalidade do valor pela ADM de despesas com a aquisição de serviços médicos.
Regime optativo	Por optativo entende-se algo “que implica opção; que envolve uma opção ou escolha; diferente de obrigatório” (Priberam, 2015). Na presente investigação, regime optativo é a capacidade de o militar poder optar livremente por descontar, ou não, para a ADM e assim usufruir das contrapartidas inerentes. Atualmente os militares são obrigados a descontar 3,5% para a ADM.
Saúde Assistencial	Engloba a prestação de cuidados de saúde necessários e imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde do militar no seu ambiente socioprofissional, nomeadamente, os prestados aos militares individualmente considerados em consequência de doença, aos militares considerados/julgados incapazes por motivos de serviço, nomeadamente os deficientes militares, bem como aos respetivos familiares (Ministério da Defesa Nacional, 2015).
Saúde Operacional	Engloba a prestação de cuidados de saúde por motivos operacionais, nomeadamente, os que concorrem para atividades de seleção/recrutamento, revisões e inspeções periódicas de militares na efetividade de serviço, preparação sanitária prévia à projeção de forças, avaliação sanitária de forças após a retração/rendição e apoio sanitário à atividade operacional (Ministério da Defesa Nacional, 2015).
Serviço Nacional de Saúde	Conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde, que tem como objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.
Serviço Regional de Saúde	Conjunto articulado e coordenado de entidades prestadoras de cuidados de saúde, organizado sob a forma de sistema público de saúde, sob a tutela da Secretaria Regional competente, incumbindo-lhe a efetivação da responsabilidade que a Constituição e a lei atribuem aos seus órgãos de governo próprio na promoção e proteção das condições de saúde dos indivíduos, famílias e comunidade.



Subsistema de Saúde	Entidades públicas ou privadas que asseguram o acesso dos seus beneficiários aos cuidados de saúde, quer enquanto responsáveis pelo pagamento dos cuidados de saúde prestados àqueles pelos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, quer garantindo aos beneficiários um acesso a um conjunto de serviços ou cuidados, regra geral mediante a celebração de acordos ou convenções com prestadores privados de cuidados de saúde (regime convencionado), ou ainda mediante um mecanismo de reembolso de despesas com a aquisição de serviços médicos em entidades privadas não convencionadas (regime livre) (ERS, 2011).
Sustentabilidade	Por definição corresponde ao “modelo de sistema que tem condições para se manter ou conservar” (Priberam, 2015). Na presente investigação a sustentabilidade será analisada do ponto de vista da autossustentabilidade financeira, que pode ser entendida como a capacidade que o subsistema tem sobreviver face a vulnerabilidades de índole financeira, nomeadamente a inexistência de transferências do orçamento do Estado.

Fonte: (Autor, 2016)



Apêndice C — Síntese das Entrevistas

Tabela 20 – Excertos das entrevistas

Interlocutor: Exmo. Sr. General Loureiro dos Santos
<ul style="list-style-type: none">– “... É obrigação do Estado, através das instituições militares, garantir a saúde dos militares e família, que dele depende, pois o seu estado de saúde física e psicológica, muitas vezes relacionadas, afetam a capacidade operacional do militar” e “quando em missão o militar deve ter a garantia de que a retaguarda presta a si e sua família os serviços necessários, de forma a executar a sua missão, que é combater, com tudo aquilo que o seu espírito consegue fazer”.– “... O Estado tem a estrita obrigação de garantir a saúde dos militares e família que dele dependem,..., por conseguinte haverá uma contradição muito grande se houver qualquer alteração a essa norma geral. É uma norma geral em que o militar e a família, que depende diretamente do militar, precisa e tem direito à assistência”.– “... Um militar que está num sítio qualquer, em missão, não pode estar preocupado com a saúde dos seus familiares, ..., isto é, a retaguarda tem que prestar à família do militar (que dele depende) os serviços que são necessários para que o militar tenha a certeza que esse problema não existe e poder executar a sua missão - que é combater com tudo aquilo que o seu espírito consegue fazer”.– “... Eles [os políticos] procuram sempre uma forma capciosa de, no fundo, limitar ... isto é, eles de um modo geral tendem a olhar os militares não à luz da condição militar e daquilo que os militares fazem, mas à luz daquilo que eles gastam”.– “A condição militar não está a ser respeitada... e o regime optativo não altera a questão de fundo, ela continua a mesma”.
Interlocutor: Professor Dr. Pedro Pita Barros
<ul style="list-style-type: none">– “Face à condição do militar, há que considerar uma distinção adicional, a diferença entre coberturas e garantias de proteção em caso de doença similares às da ADSE, como por exemplo a familiares e reformados, com as que são específicas, por motivo da natureza da sua atividade”.– “A parte de proteção de saúde referente a aspetos operacionais não é abrangida pelo SNS e como tal deverá ser paga pelo Estado como parte da atividade militar. O que faz com que militares operacionais devam ter os seus custos de saúde considerados como parte do serviço do estado, mas não o dos seus familiares. Quanto a militares na reserva tenho dúvidas. Militares na reforma serão uma situação de segunda cobertura face ao SNS e como tal deverá ser pago pelos respetivos beneficiários”.– “O desconto que corresponde a segunda cobertura [cobertura extra às necessidades operacionais do militar, beneficiários familiares e militares na reforma] deveria ser opcional”.



Interlocutor: Diretor do IASFA, I.P.

- “Estão em vigor alguns protocolos entre o HFAR, EMGFA e IASFA, em que se se coloca o ónus do suporte das despesas do SSM na ADM. O modelo de financiamento do sistema público não pode ser baseado nas quotas dos beneficiários, mas sim no orçamento do Estado, em pé de igualdade com os outros cidadãos!”
- “Se adquirirmos medicamentos em qualquer farmácia da rede civil/comercial, pagamos parte dos custos e a outra parte é suportada pelo SNS. Se efetuarmos a compra num ponto de venda de medicamentos do LMPQF, que não é reconhecido como farmácia pelo INFARMED, a comparticipação das despesas que caberiam ao SNS são apresentadas à ADM, para serem suportadas pelas nossas quotas!”
- “A ADM não deveria considerada como um subsistema de saúde, mas sim como aquilo que na realidade é, ou seja um sistema complementar àquele que todo o cidadão tem direito, o SNS e o militar tem direito a usufruir do SNS porque paga os seus impostos como os outros cidadãos”.

Interlocutor: Diretor da ADM

- “Este é um constrangimento, em que para a ADM resultam despesas que poderiam ser canalizadas para o SNS e não são”.
- “Não há decréscimos ou acréscimos de despesa tão significativos, de um ano para o outro. Tal resulta da oscilação do processamento da faturação ou seja do tempo que medeia a entrada na DSADM e o processamento da faturação, havendo faturação recebida que por razões várias transita para o ano seguinte. Basicamente, a faturação que transita para o ano seguinte, é faturação que chega depois de encerrarmos o ano económico”.
- “Relativamente à faturação das instituições militares outro elemento importante a considerar é o Centro de Saúde de Coimbra (CSC). O CSC assenta num antigo Hospital Militar e tem possibilidade de efetuar atos médicos, faturando à ADM. Enquanto para o HFAR a LOE 15 estabelece que as dividas até à criação do HFAR são liquidadas, nada refere para o CSC, havendo faturação pendente na ADM... que remonta a anos anteriores à criação do HFAR”.
- “A faturação relativa ao fornecimento de medicação pela farmácia do HFAR, em regime do hospital de dia (pequenas cirurgias em ambulatório e medicamentos fornecidos a doentes crónicos, por exemplo seja esclerose múltipla, HIV, doenças oncológicas, entre outros) é suportada pela ADM quando legalmente, desde 2010 deveriam ser suportadas pelo SNS. [...] Se um militar, doente crónico, levantar a sua medicação não no HFAR mas na farmácia de um hospital publico, estes custos são suportados pelo SNS”.
- “A segregação das despesas é um dos atuais desafios da DSADM, pois não tem ferramentas que permitam isolar as despesas dos DFA. Para as instituições militares a faturação é segregada por beneficiário, podendo aqui aferir os custos com os DFA, mas para os convencionados a faturação é geral, não sendo possível aferir de modo exato os custos com os DFA”.
- “Teoricamente tudo estaria nivelado, se os outros subsistemas são sustentáveis o nosso também seria. Não consigo extrair essa informação, se conseguirmos limar estas arestas, tirar todas as gorduras que não dizem respeito à ADM isto é sustentável? Não sei!”.



- “Não sei se a discriminação é positiva ou negativa, pois um funcionário público faz a sua análise e decide se quer pagar ou não o seu subsistema, sob pena de se arrepender, mas é uma opção que lhe assiste. Nós não temos essa opção, por isso atualmente não existe qualquer discriminação positiva, pode até considerar-se que face a isto há é uma negativa. É verdade que se fosse assim não sei se o sistema seria autossustentável”.
- “O que diferencia o militar dos restantes prestadores de serviço do estado, funcionários públicos, é que aquilo que o militar paga para a ADM devia ser entendido como uma existência mutualista para a família militar, ou seja, em abstrato o militar solteiro e bom rapaz, sem qualquer encargo teoricamente nem deveria pagar nada! Pois se não paga munições, porque há-de pagar seringas? Ou seja, a função sanitária é uma função de combate, por isso se é função de combate, tudo aquilo que é o garante da operacionalidade do militar, de ter um ativo pronto para combate não deve ser pago pelo próprio, deve ser um encargo do Estado”.

Fonte: (Autor, 2016)



Apêndice D — Questionário

“Caros Senhores (as) Beneficiários da Assistência na Doença aos Militares (ADM),

No âmbito do Curso de Estado Maior Conjunto 2015-2016, que decorre no Instituto Universitário Militar (IUM), está a ser realizado um Trabalho de Investigação subordinado ao tema “**Assistência na Doença aos Militares (ADM) – que futuro?**”. Solicita-se, enquanto beneficiário da ADM, a sua colaboração no preenchimento do presente inquérito por questionário, que é um instrumento central da recolha de dados para a realização da investigação.

As disposições legais aprovadas nos últimos tempos apontam para uma convergência da ADM com a ADSE, sendo a sua sustentabilidade garantida com recurso exclusivo às contribuições dos seus beneficiários. Tais decisões são, aparentemente, contraditórias com o consagrado na lei e com a essência da condição militar.

A ADM é um tema atual, amplamente discutido, por isso as suas respostas são muito importantes!

Neste questionário não há respostas certas ou incorretas, responda a todas as questões com sinceridade.

Notas:

- Este inquérito por questionário tem fins exclusivamente académicos e é garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Os dados socio-biográficos requeridos são exclusivamente para a caracterização da amostra.
- Siga as instruções que lhe são dadas durante o questionário. Deverá assinalar a resposta que melhor corresponda à sua posição face à questão que lhe é colocada.
- Demorará poucos minutos a responder ao questionário.
- Depois de responder a todas as perguntas clique "submeter" para enviar o inquérito.

Conto com a sua preciosa colaboração, apresento-lhe os meus sinceros agradecimentos e coloco-me à sua disposição para o esclarecimento adicional de qualquer dúvida que possa surgir:

E-mail: santos.mmr@iesm.pt

Dados sócio – biográficos

1. Género
 - Feminino
 - Masculino
2. Ramo das Forças Armadas
 - Marinha
 - Exército
 - Força Aérea
3. Situação Militar
 - Ativo – Quadro Permanente
 - Ativo – Regime de Contrato
 - Reserva
 - Reforma
 - Deficiente das Forças Armadas (DFA)
4. Categoria



- Praças
 - Sargentos
 - Oficiais
5. Quantos dependentes tem inscritos como beneficiários da ADM?
- Nenhum (só o titular)
 - Vários
6. Os cuidados e serviços de saúde que a ADM lhe proporciona são os adequados às suas necessidades e da sua família?
- Nada Adequados
 - Adequados
 - Superiores às necessidades
 - Não responde/Não sabe
7. Quando usufrui da ADM que modalidade prefere? (Considere a que escolhe mais vezes)
- Regime livre
 - Rede Convencionado
 - Hospital das Forças Armadas (HFAR)
 - Não responde/Não sabe
8. Como considera o seu desconto mensal para a ADM, face às contrapartidas que usufrui?
- Baixo
 - Adequado
 - Elevado
 - Não responde/Não sabe
9. Trocaria a ADM por um seguro de saúde ou plano de saúde similar?
- Sim
 - Não
 - Não responde/Não sabe
10. Que valor (% do seu ordenado) considera adequado para um seguro ou plano de saúde similar à ADM? (atualmente o desconto para a ADM é 3,5%)
- Até 1%
 - Entre 1% e 2%
 - Entre 2% e 3%
 - Superior a 3%
11. As disposições legais aprovadas nos últimos tempos apontam para o autofinanciamento da ADM, com recurso exclusivo aos descontos dos seus beneficiários. Concorde?
- Discordo totalmente
 - Concorde, com reservas. Quais? _____
 - Totalmente de acordo
 - Não responde/Não sabe
12. Ao militar, por contrapartida da sua condição militar, sempre corresponderam especiais direitos e compensações - discriminação positiva consagrada na Lei n.º 11/89 de 11 de junho - Lei de Bases Gerais do Estatuto da Condição Militar (LBGECM) e no Estatuto dos Militares das Forças Armadas (EMFAR) - que garantiam ao próprio e sua família um sistema que abrange, entre outras, a assistência médica, medicamentosa, hospitalar e meios de diagnóstico. Com o



autofinanciamento da ADM é o militar que garante esta discriminação positiva. Concorda?

- Sim
- Não
- Não responde/Não sabe

13. Considera que o autofinanciamento da ADM coloca em causa a condição militar e a sua especificidade?

- Sim
- Não
- Não sabe/Não responde

14. A ADM é a entidade responsável por suportar os custos com a saúde assistencial, com recurso aos descontos dos beneficiários e transferências orçamentais do MDN. Com o autofinanciamento são os beneficiários que suportam, exclusivamente, a totalidade da saúde assistencial. Concorda?

- Discordo totalmente
- Concordo, mas com reservas
- Totalmente de acordo
- Não sabe/Não responde

15. Caso a adesão à ADM fosse em regime optativo o que escolhia?

- Descontar para a ADM
- Não descontar para a ADM
- Não responde/Não sabe

16. Caso ache pertinente deixe o seu comentário sobre a temática em estudo.



Apêndice E — Caraterização da amostra para os inquéritos

– Entrevista

Para o inquérito por entrevista foram selecionados interlocutores privilegiados que pela função que desempenham ou que desempenharam constituem-se como mais-valia para a presente investigação ou cuja reputação e saber académico é reconhecido na comunidade científica, essencialmente na área em investigação. É uma amostra intencional que, na ótica do investigador, corresponde à seleção de elementos que melhor representem ou tenham conhecimento do fenómeno em estudo (IESM, 2014, p. 68).

Os interlocutores privilegiados para a entrevista foram o Exmo. Tenente General Xavier (Diretor do IASFA), Dra. Rita Cristóvão (Vogal do IASFA), Coronel Pires Mendes (Diretor da ADM), Exmo. General Loureiro dos Santos (Ex CEME) e Dr. Pita Barros (Professor Catedrático).

Na tabela seguinte é apresentando um resumo das funções dos interlocutores entrevistados.

Tabela 21 – Funções desempenhadas pelos interlocutores entrevistados

Entrevistado	Funções desempenhadas
General Loureiro dos Santos	Doutorado em Ciências Militares. Foi Membro do Conselho da Revolução e Ministro da Defesa Nacional, Vice-Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas e Chefe do Estado-Maior do Exército. Conferencista e autor de diversas obras e artigos. Presentemente na situação de reforma.
Professor Doutor Pedro Pita Barros	Doutor em Economia. Professor Catedrático da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa e Vice-Reitor da Universidade Nova de Lisboa. Integrou diversos grupos de trabalho no âmbito da sustentabilidade do SNS e ADSE. Conferencista e autor de diversas obras e artigos sobre saúde, em geral e reforma dos subsistemas de saúde públicos, em particular. Membro da Comissão para reforma da ADSE (2016).
TGen Xavier Matias	Presentemente Diretor do IASFA (na situação de reserva).
Cor Mendes Pires	Presentemente Diretor da ADM.
Dra. Rita Cristóvão	Presentemente Vogal do IASFA. Representante da ADM no CGSPS.

Fonte: (Autor, 2016)

– Questionário

A amostra inicial era composta por todos os beneficiários titulares dos três ramos das Forças Armadas. Face a constrangimentos de ordem vária, nomeadamente na disponibilização e divulgação do questionário aos militares, a amostra restringiu-se a 1.176 militares, beneficiários titulares da ADM, com representatividade de todos os ramos. Foram obtidos 161 questionários parcialmente preenchidos, sendo excluídos, pelo que a amostra para a análise resume-se a 1.015 elementos, sendo conforme estabelecido por Huot (2002, p.38 cit. por IESM, 2014, p. 69) de dimensão adequada.

A amostra tem representatividade nos três ramos das Forças Armadas, contudo com incidência significativa no Exército com 913 elementos, que representa 90%. A Força Aérea e Marinha correspondem a 7% e 3% da amostra, respetivamente.

Dos inquiridos a maioria encontra-se na situação de ativo, 83% do QP e 13% de RC. Destes cerca de 51% são Oficiais, 43% são Sargentos e 6% são Praças.

As categorias que mais descontam para o subsistema da ADM são as que têm maior representatividade na amostra. De realçar que 37% da amostra em análise usufrui da ADM



unicamente como titular e 63% da amostra com dependentes, sendo o cônjuge e os descendentes os beneficiários familiares mais representativos.

A amostra é maioritariamente masculina, cerca de 89%. Tal era expectável uma vez que os beneficiários da ADM são maioritariamente do género masculino, conforme caracterização, dos beneficiários, apresentada anteriormente.



Apêndice F — Análise de conteúdo aos questionários

Tabela 22 – Análise de conteúdo aos questionários: implicações

Implicações do autofinanciamento da ADM na Condição Militar - excertos de opinião		
"Responsabilidade do Estado"	A condição militar é um conceito muito mais lato e abrangente	"Sistema, não pode ser suportado apenas pelo militar, uma vez que este não tem opção de escolha"
"O apoio à saúde do militar e do seu agregado familiar deveria ser garantido pela ADM sem qualquer custo"	"Deve ser sim financiado pelos seus utilizadores, mas tal sistema significa a redução da utilização do SNS deve existir por parte do Estado uma contribuição"	" Os militares financiam a ADM... e pagam impostos que suportam o SNS... A solução poderia passar pelo reembolso à ADM das poupanças feitas ao SNS "
"Não, porque tal como os restantes cidadãos, já pago impostos para o serviço nacional de saúde"	"Representa um corte nos supostos direitos e compensações pela condição militar"	"Este é um passo que está a ser dado para tratar o militar como um cidadão comum"
"O SNS tem de contribuir proporcionalmente, como se o militar fosse a um Hospital público tal como outro cidadão"	"Não coloca em causa o que é ser militar, mas defrauda as expectativas de muitos"	"A saúde militar é uma responsabilidade do ESTADO "
"Concordo que deva ser financiado em parte pelos titulares"	"Querem-nos equiparar à função pública..."	"A saúde do militar devia ser garantida via condição militar "
"O processo de autofinanciamento... Permite uma gestão mais flexível do sistema e uma maior liberdade de ação"	"Estas alterações vão descaracterizando a condição militar ..."	"A ADM e a ADSE devem estar integradas ao nível do SNS. Neste formato passam a ser um plano de seguro"
"O processo de decisão deveria incluir quem contribui e beneficia, mostrando as opções disponíveis com realismo"	"...a discriminação positiva decorrente da condição militar deixa de existir"	"O direito à saúde do militar e a sua família decorre da condição militar..."
"Porque está prevista na lei ao Militar em efetividade de serviço e aos familiares a seu cargo"	"Acabará por corroer os princípios que norteiam a condição militar"	"O titular do QP pela sua condição militar devem ser excluído do autofinanciamento"
"A ADM tem outras obrigações que deveriam ser suportados pelo OE"	"Não coloca em causa a condição militar, mas reduz substancialmente o benefício inerente"	"A ADM não é o mesmo que ADSE, é um direito que todos os militares"
"Julgo que o Estado tem de assumir responsabilidades para com os militares nesta área "	"A condição militar é algo inegociável e inalienável... não deve ser colocado em causa"	"Devia ser efetivo e gratuito o apoio às famílias quando o militar se encontra em missão"



"A saúde dos militares ... deve ser assumida pela organização militar e não pelos seus colaboradores"	"descarateriza vez que estamos equiparados como mais um agente da Função Publica"	"A ADM, atendendo à disponibilidade exigida aos militares, deveria ser TOTALMENTE suportada pelo Estado"
"... a ADM deve ser financiada em parte, pelos beneficiários"	"O militar não é um funcionário público"	"A saúde militar deve ser uma responsabilidade do Estado"
"A ADM deveria ser um complemento ao sistema de saúde existente, não o próprio sistema em si"	"A ADM não constitui a totalidade da especificidade da condição militar"	"A saúde militar é e será sempre um custo operacional, e cabe por inteiro ao estado"
"Em caso algum a saúde dos militares deve deixar de ser responsabilidade do estado português"	"Parcialmente porque a condição militar não se esgota na ADM"	"A condição militar comporta várias condicionantes a que o cidadão comum não está sujeito"
"Os militares, pela especificidade da sua carreira, deviam ter a assistência médica grátis"	"A condição militar deveria ser mantida através do financiamento do estado"	"A condição militar que neste momento está a ser desfigurada"
"Este autofinanciamento seria justo desde que nos fossem oferecidas condições de excelência por parte do HFAR"	"Não coloca em causa, mas penso ser uma discriminação negativa..."	"Tenho algumas reservas, desconto muito elevado"
"A disponibilidade física do militar é fundamental...o encargo não deve recair, apenas nos beneficiários"	"Não coloca mas é uma desconsideração para com a mesma"	"O militar não deve suportar qualquer tipo de despesa inerente à saúde"
"A assistência de saúde aos servidores militares do Estado e seus dependentes é um DEVER do Estado"	"O militar pagar pela sua saúde é a mesma coisa que ser o militar obrigado a comprar a sua arma "	"Estamos à pagar para os supostos benefícios, logo não são benefícios"
"O sistema de saúde dos militares do ativo deveria ser garantido gratuitamente pelo estado, por forma a manter em condições de saúde o militar do ativo"	"Seria pertinente que a ADM pudesse ser opcional, ou parcialmente opcional"	"Se o sistema é pago exclusivamente pelos beneficiários, passa a ser um sistema mutualista e não uma discriminação positiva"
"A discriminação já é negativa e vai acentuar-se"	"Desconto muito elevado 3,5% e a taxa para os cônjuges veio ainda mais agravar a insatisfação"	"Se pago deixou de ser um direito e o desconto é OBRIGATÓRIO!"
"Em relação ao militar, a assistência deverá ser gratuita. Deveria de ser opção cada individuo descontar para o sistema..."	"O ónus da discriminação positiva cabe ao Estado e não aos militares"	"Com o autofinanciamento da ADM o militar não está a ter nenhuma regalia."



"O militar deixou de ter um direito, mas sim uma obrigação"	"Com o autofinanciamento da ADM, não existe discriminação positiva!"	"Militares no ativo não deveria pagar, só os familiares"
"Não posso concordar com o financiamento do ADM e do SNS através dos meus impostos. Um ou o outro..."	"Os descontos devem ser encarados com caracter suplementar..."	" Não há discriminação positiva mas sim negativa"

Fonte: (Autor, 2016)



Tabela 23 – Análise de conteúdo aos questionários: Conclusões

Principais Conclusões
<ul style="list-style-type: none">– Militar não deve ser responsável por garantir a sua saúde, uma vez que também não é responsável pelo seu armamento.– Com o autofinanciamento a Condição Militar é colocada em causa, mesmo que parcialmente.– A Condição Militar não se esgota na questão da saúde.– A manutenção das condições de saúde do militar são responsabilidade do Estado.– A discriminação positiva consagrada na lei, por contrapartida da Condição Militar não existe.– O autofinanciamento e obrigatoriedade de desconto para a ADM constituem uma discriminação negativa.– O desconto deveria ser em regime optativo.– O SNS é aliviado com a existência da ADM. O SNS deveria ressarcir a ADM no montante correspondente.– Transformação do militar em funcionário público, mas com deveres adicionais.– Estado está a isentar-se de responsabilidades.– A LGBECM não está a ser cumprida.

Fonte: (Autor, 2016)



Apêndice G — Especificidades da ADM

1. Relação da ADM com o SNS e os SRS

A ADM assume encargos que deveriam ser responsabilidade financeira do SNS ou dos SRS. De seguida é efetuada a descrição de cada uma das matérias específicas que foram consideradas na presente investigação

- Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (RNCII)

Em 2011 foi assinado um memorando de entendimento entre os Ministérios das Finanças, Administração Pública e Saúde em que há “assunção pelo SNS das responsabilidades de pagamento aos convencionados dos encargos dos beneficiários da ADSE na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a partir de Janeiro de 2011” (Ministério das Finanças, 2011), contudo o entendimento do Ministério da Saúde foi o de que os SSP não perdiam a qualidade de subsistemas e, como tal, são as entidades responsáveis perante terceiros pelas prestações de saúde realizadas aos seus beneficiários.

Face à convergência de regras dos SSP ao regime geral, a ADSE, devem as despesas relativas ao acesso à RNCII dos beneficiários dos restantes SSP serem suportadas pelo SNS, em circunstâncias de igualdade com os demais beneficiários da ADSE e SNS.

- Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD)

O Despacho n.º 9405/2014 de 21 de julho, do Secretário de Estado da Saúde, “regula os procedimentos relativos à prescrição dos serviços de cuidados técnicos respiratórios domiciliários a utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a beneficiários de subsistemas públicos que sejam da responsabilidade do SNS”. O entendimento deste regulamento tem sido dúbio, razão pela qual o SNS não suporta os encargos relativos aos CRD dos beneficiários dos SPS.

Relativamente a estes serviços o Tribunal de Contas (TdC) estabelece, no relatório da auditoria à ADSE, que os CRD prescritos por entidades do SNS “são encargos que têm de ser financiados por receitas gerais provenientes dos impostos, e que, a serem suportados pelos quotizados da ADSE, sujeita-os a uma dupla tributação do rendimento” (Tribunal de Contas, 2015, p. 11). Assim, o SNS deve assumir os encargos relativos fornecimento de CRD aos beneficiários dos SSP, quando as prescrições sejam provenientes de estabelecimentos e serviços do SNS, contudo sendo a faturação enviada para a ADM esta não tem capacidade de identificar a proveniência das prescrições, mantendo a ADM a responsabilidade financeira pelo pagamento dos serviços prestados em entidades privadas, no âmbito do regime livre e convencionado.

- Medicação cedida nas farmácias hospitalares - Hospital de Dia

Os medicamentos de cedência hospitalar obrigatória não consubstanciam uma prestação de cuidados de saúde inerente à atividade assistencial, mas são dispensados aos utentes beneficiários do SNS, no âmbito do diagnóstico e assistência, provenientes de estabelecimentos e serviços do SNS. O TdC considera que também estes encargos devem ser assumidos pelo orçamento do SNS.

- Assistência médica no estrangeiro (incluindo cartão CESD)

O Decreto – lei n.º 177/92 de 13 de agosto regula a assistência médica de grande especialização no estrangeiro que, por falta de meios técnicos ou humanos, não possa ser prestada no País, estabelecendo que são abrangidos os beneficiários do SNS e excluindo as propostas que provenham de instituições privadas. As despesas resultantes destes serviços são da responsabilidade da unidade hospitalar que envia o utente (Conselho de Ministros, 1992).

O HFAR encaminha doentes para tratamento no estrangeiro, sendo as despesas suportadas pelo respetivo subsistema do beneficiário, importa por isso estabelecer os moldes



em que estes tratamentos, quando prestados a cidadãos beneficiários de um SSP, devem ser suportados pelo SNS, em circunstância de igualdade com os demais cidadãos.

Nos termos dos Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social n.º 883/2004 4 n.º 987/2009 os segurados de um Estado têm acesso a prestações noutra Estado, em condições de igualdade com os nacionais desse Estado, sendo necessária a apresentação de um atestado de direito identificando a entidade competente para assumir a respetiva despesa. Este direito aplica-se aos cidadãos em situação de estada e aos cidadãos residentes, que são portadores do CESD, ou seja neste contexto todos os utentes do SNS têm direito a cuidados de saúde noutra estado, sendo a responsabilidade financeira do SNS.

Atualmente a ADM assegura a documentação para a emissão do CESD e suporta os encargos com a prestação de cuidados de saúde no âmbito do CESD, sendo por isso necessário regulamentar o acesso a estes cuidados no espaço europeu, pelos beneficiários dos SSP, em igualdade de circunstâncias com os demais cidadãos nacionais e a assunção da respetiva despesa pelo SNS.

- Transporte não urgente de doentes

A Portaria n.º 142-B/2012 de 15 de maio define as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes que seja instrumental à realização das prestações de saúde, excluindo destes serviços os beneficiários de SSP (Ministério da Saúde, 2012, pp. 2532-(6)).

O TdC defende que o transporte não urgente de doentes de e para entidades do SNS é um encargo suportado pela ADSE e que o SNS suporta para os restantes cidadãos, por isso deve ser um encargo financiado por receitas gerais provenientes dos impostos (Tribunal de Contas, 2015, p. 11 e 67). Assim, por analogia, o SNS deve suportar os encargos com os beneficiários de todos os SSP, podendo ser necessário rever a legislação em vigor.

- MCDT prescritos no SNS

O TdC tem o entendimento que relativamente à realização de MCDT, prescritos por médicos do SNS a beneficiários dos SSP, no caso a ADM, em entidades externas contratadas pelo SNS e que simultaneamente integram a rede convencionada da ADM, devem ser os próprios beneficiários a, livremente, optar em que qualidade pretendem realizar o MCDT, ou seja como beneficiário do SNS ou da ADM, sendo os respetivos custos imputados em função da sua escolha ao SNS ou à ADM.

Para que esta liberdade de escolha seja efetiva à necessidade de dar cumprimento à recomendação do TdC de eliminar dos sistemas de informação do SNS a identificação do utente como beneficiário de um SSP, de modo a permitir que o utente livremente opte pela qualidade em que pretende realizar o MCDT e simultaneamente evitar a faturação à ADM de serviços só porque são prestados a um beneficiários de um subsistema, mesmo que a eles tenha direito em circunstâncias de igualdade a qualquer outro cidadão.

- Cuidados médicos e comparticipação de medicamentos nos SRS

Com a assinatura dos memorandos de entendimento, em 2010, houve a assunção pelo SNS dos encargos com as prestações de saúde realizadas nos estabelecimentos e serviços do SNS aos beneficiários dos SSP, os SRS continuaram a faturar aos SSP os cuidados de saúde com os seus beneficiários.

O TdC refere que os SSP não devem ser responsabilizados por estes encargos, “devendo os mesmos ser suportados com receitas gerais provenientes dos impostos, a regularização destas dívidas é responsabilidade do Governo da República e/ou dos Governos Regionais, através dos respetivos orçamentos, sendo que o desconto dos quotizados não pode sustentar despesa que já é suportada pelos impostos que estes também suportam” (Tribunal de Contas, 2015, p. 100).



Relativamente à comparticipação do Estado no preço dos medicamentos disponibilizados nas farmácias da RAA e RAM, aos beneficiários dos SSP, os despachos que transferiram estes encargos para o SNS, a partir de 2013, expressamente excluíram do seu âmbito os medicamentos dispensados aos beneficiários dos SSP em farmácias localizadas na RAA e RAM, ainda que prescritos por médicos do SNS. Assim os SSP continuam a ter a responsabilidade financeira destes encargos.

2. Caraterização dos Beneficiários

Para ser beneficiário da ADM há a necessidade de prévia inscrição na ADM.

Segundo o artigo 3.º do Decreto-lei n.º 167/2005, de 23 de setembro e o n.º 1.3 do Anexo da Portaria 284/2007 de 12 de março de 2007, os beneficiários da ADM dividem-se nas categorias de beneficiários titulares e beneficiários familiares ou equiparados. O artigo 4.º estabelece quem são os beneficiários titulares, sendo a inscrição obrigatória¹⁴ para as pessoas referidas no n.º 1 e facultativa¹⁵ para as pessoas referidas no n.º 2, podendo estas últimas optar pelo regime de proteção social que lhes seja mais favorável.

Como beneficiários familiares ou equiparados, conforme estabelece o artigo 5.º, podem inscrever-se o cônjuge, ou pessoa que vive com o beneficiário titular em união de facto, os descendentes ou equiparados e os ascendentes ou equiparados a cargo do beneficiário titular. Não pode inscrever-se quem seja beneficiário titular de outro regime de proteção social.

A Portaria n.º 1393/2007 de 25 de outubro estabelece que os beneficiários da ADSE que sejam cônjuges, ou vivam em união de facto, de beneficiários titulares da ADM podem optar por inscrever-se como beneficiários extraordinários da ADM. Estes beneficiários estão sujeitos aos descontos obrigatórios, previstos para a ADSE, que constituem receita da entidade gestora da ADM.

O Decreto-lei n.º 81/2015 de 15 de maio torna possível a inscrição na ADM de todos os cônjuges não separados de pessoas e bens, dos cônjuges sobreviventes, dos unidos de facto e dos unidos de facto sobreviventes, dos beneficiários titulares que não sejam beneficiários titulares de outro subsistema público de assistência na doença, nem tenham renunciado à qualidade de beneficiário titular de outro subsistema público de assistência na doença, sendo a sua inscrição nas condições e qualidade de beneficiário associado.

Assim, após as várias alterações ao Decreto-lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, os beneficiários da ADM integram as seguintes categorias: beneficiários titulares, beneficiários familiares ou equiparados, beneficiários extraordinários e beneficiários associados. O diploma determina que o exercício do direito aos benefícios previstos legalmente depende da exibição do cartão de beneficiário. A Portaria n.º 331/2007 de 19 de março de 2007 aprova o modelo de cartão de beneficiário da ADM, bem como as suas características técnicas e elementos de segurança.

¹⁴ A inscrição é obrigatória para os seguintes beneficiários: militares do Quadro Permanente (QP), para os militares em Regimento de Contrato, alunos dos estabelecimentos de ensino militar (Academia Militar, Academia da Força Aérea e Escola Naval) e o pessoal militarizado da Marinha e Exército.

¹⁵ A inscrição é facultativa para os seguintes beneficiários: Deficientes das Forças Armadas (DFA), abrangidos pelo Decreto-lei n.º 43/76 de 20 de janeiro; beneficiários de pensão de invalidez e os antigos militares não pertencentes ao QP que tenham ficado diminuídos por motivo de acidente em serviço ou doença adquirida ou agravada em serviço, ou por motivo do mesmo; grandes deficientes do serviço efetivo normal, conforme Decreto-lei n.º 250/99 de 7 de julho e beneficiários da pensão de sangue ao abrigo das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-lei n.º 466/99 de 6 de novembro.



No período em análise verificou-se uma tendência de decréscimo no universo dos beneficiários, quer titulares quer beneficiários familiares e equiparados, conforme demonstra a tabela 20.

Tabela 24 – Evolução dos Beneficiários (2010 - 2015)

Universo de Beneficiários da ADM						
Categoria	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Titulares	69.737	66.020	65.246	64.441	61.016	61.490
Ativo e Reserva	37.802	34.926	34.690	34.941	33.689	32.579
Reforma	31.935	31.094	30.556	29.500	27.327	28.911
Familiares	65.291	69.495	66.774	65.965	62.806	60.652
Ascendentes	338	322	311	280	243	219
Descendentes	22.515	21.520	24.525	24.102	23.309	22.606
Cônjuges ou Equiparados	42.426	47.604	41.919	41.579	39.251	37.825
Outros	12	49	19	4	3	2
Total	135.028	135.515	132.020	130.406	123.822	122.142
Evolução percentual		0,36 %	- 2,58%	- 1,22 %	- 5,05 %	- 1,36 %
-12.886 (redução de 9,5%)						

Fonte: (Autor, 2016)

De referir ainda que, em termos acumulados, no período em análise esta redução foi de 12.886 beneficiários, ou seja aproximadamente 9,5%.

Os beneficiários titulares da ADM representam cerca de 49% do conjunto dos beneficiários, sendo que o grupo dos beneficiários familiares representa os restantes 51%.

Analisando os RA constatou-se que os beneficiários da ADM apresentam uma forte concentração nos distritos de Lisboa, Setúbal e Santarém, com aproximadamente 50% dos beneficiários, em 2014 (IASFA, 2014) e 60% em 2015 (IASFA, 2015) nestes distritos.

Analisando somente o ano de 2015, verifica-se que relativamente à repartição por género cerca de 57,31% são do género masculino e 42,69% são do género feminino. Tal deve-se “em grande medida à especificidade da condição militar, na medida em que só muito recente se abriu os quadros da estrutura militar ao sexo feminino, tratando-se a maior parte dos beneficiários do sexo feminino de cônjuges de titulares e dos seus descendentes femininos” (IASFA, 2015).

No universo dos beneficiários o envelhecimento é um fator importante a considerar, pois é um fator estruturante nos sistemas de saúde atuais, implicando, em média, gastos com a saúde superiores. É de realçar a elevada percentagem de beneficiários idosos, com mais de 60 anos, na situação de reforma, que representava cerca de 40% do universo total, no ano de 2014 (IASFA, 2014) e cerca de 47% do total dos beneficiários titulares em 2015 (IASFA, 2015).



Apenso A — Autorização da Entidade em Estudo

– Autorização do IASFA, I.P

Pedido de autorização/apoio _ trabalho de Investigação do Curso de Estado Maior Conjunto

RM <ruixmatias@gmail.com>

14 de março de 2016 às 22:38

Para: guidavlc@gmail.com

Cc: racristovao@iasfa.pt, diretor_adm@iasfa.pt, chefe_gpgfo@iasfa.pt, Gabinete do Presidente <gab.presidente@iasfa.pt>

Cara Margarida Santos, minha Major

Informo-a que em reunião informal do Conselho Diretivo, aprovámos o apoio à sua solicitação, dado que tem interesse para o IASFA a elaboração de uma reflexão científica sobre o tema, o qual foi solicitado por S.Exª o General CEMGFA ao IUM.

Contudo, levantámos as seguintes restrições, que farão parte do despacho formal:

- Deverá ser salvaguardada a divulgação de eventual informação classificada, se constar do trabalho escrito, na divulgação posterior no RECAP ou em linhas editoriais do IUM;
- Gostaríamos de estar presentes na discussão pública do trabalho e ter acesso ao documento escrito final;
- Neste momento está a ser concluído o Rel Ativi 2015, pelo que alguns dados ainda estão a ser consolidados. Dependendo da sua premência de tempo, poderá ser necessário fazer referência, no trabalho escrito, que os dados colhidos tinham natureza provisória, se à data, ainda não tiver havido uma consolidação.
- Por motivo das orientações estratégicas de S. Exª o MDN, expressas na Carta de Missão do Presidente CD, e a necessidade de reformular o Plano de Atividades do IASFA 2016, poderá haver em momento oportuno, uma realocação de recursos e prioridades. Contudo, os encargos com o apoio aos DFA constam, do antecedente, do OE, pelo que não deverão sofrer alteração.

Manifesto a minha disponibilidade pessoal para a apoiar no que for necessário e formulo sinceros votos de sucesso na sua investigação e no CEMC.

Poderá, a partir deste momento, estabelecer os contactos directos necessários.

Com os melhores cumprimentos e elevada consideração pessoal

Rui Matias

TGen

Presid CD IASFA

– Resposta do GabCEMGFA

13/1/2016	
04/03/2016	
26/03/2016	
Assunto:	Trabalho de investigação individual do CEMC 2015-2016 – Pedido de autorização
Referência:	
1. No âmbito do Curso de Estado-Maior Conjunto 2015-2016 que decorre neste Instituto, um dos trabalhos de final de curso é subordinado ao tema "Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) – Que futuro?".	

S. R.

MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL
ESTADO-MAIOR-GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS
INSTITUTO DE ESTUDOS SUPERIORES MILITARES

Exmo. Senhor
Chefe do Gabinete de Sua Excelência
Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas

Nossa referência
Nota n.º 167/-DE-AEA

Data: 28 de janeiro de 2016

Assunto: Trabalho de investigação individual do CEMC 2015-2016 – Pedido de autorização

Referência:

1. No âmbito do Curso de Estado-Maior Conjunto 2015-2016 que decorre neste Instituto, um dos trabalhos de final de curso é subordinado ao tema "Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas (ADM) – Que futuro?".